



Merci de remplir les champs obligatoires* puis d'enregistrer le PDF et nous retourner la fiche par email

PRESCRIPTEURS	FINANCEURS
.....
.....
.....

PRESCRIPTION / OBJECTIF

Objectif de la prescription : *

Compétences visées : *

cochez les cases

Français : Compréhension/Expression orale et écrite
 Communication langue étrangère : Anglais
 Mathématiques
 Compétences numériques (Informatique/Bureautique)
 Auto formation guidée
 Compétences transversales
 Sciences et technologies

STAGIAIRE

INFORMATIONS PERSONNELLES *

Nom : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Tél. port. : Tél. fixe :

Mail :

Numéro identifiant Pôle Emploi s'il y a lieu : Date inscription Pôle Emploi :

Niveau initial :

Fin scolarité : Diplôme obtenu :

All. Chômage : Oui Non R.S.A. : Oui Non Allocataire Ayant droit

SITUATION À L'ENTRÉE EN FORMATION

.....

Statut sur le marché de l'emploi

>

Catégories socioprofessionnelles

>

Groupes particuliers

>

Autres caractéristiques

>

DISPONIBILITES DU STAGIAIRE

OBSERVATIONS

(Cocher les jours disponibles lors de la phase d'accueil)

MATIN	JOUR	APRÈS-MIDI	
	LUNDI	
	MARDI	
	MERCREDI	
	JEUDI	
	VENDREDI	

PRESTATION FINALE

Date de sortie : Résultat à la sortie :

Préconisations pour suite du parcours :

.....
.....

Attestation de présence

Attestation de compétences

SUIVI A 6 MOIS

Réalisé le :

Formateur responsable du suivi :

Situation à 6 mois :

TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément au règlement européen 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données, le CFPO2 dispose de moyens informatiques destinés à répondre à ses obligations réglementaires et juridiques en tant qu'organisme de formation.

Les données personnelles collectées et enregistrées sont réservées à l'usage exclusif du CFPO2 et ne sont communiquées à aucun tiers.

Je soussigné(e), M....., déclare avoir pris connaissance des modalités de collecte et de traitement de mes données personnelles. J'autorise le CFPO2 à les exploiter pour répondre à ses obligations réglementaires et juridiques en tant qu'organisme de formation dans les conditions citées ci-dessus.

Laon,

Signature, « Précédée de la mention lu et approuvé »

Le