Cachet de l’établissement :

**DEMANDE D’inscription en Formation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ce document doit être validé par le chef d’établissement et renvoyé au plus tard 1 semaine avant le début de la formation.

|  |  |
| --- | --- |
| **INTITULE DE LA FORMATION** | Personnel de vie scolaire : entrer dans le métier 2/10 au 31/10  |

 |

|  |
| --- |
| **IDENTITE (Tous les champs sont obligatoires)** |
| **NOM(S)** |  |
| **PRENOM(S)** |  |
| **DATE DE NAISSANCE ET AGE** |  |
| **ADRESSE** |  |
| **CP :**  | **COMMUNE** |
| **TEL FIXE :**  | **TEL PORTABLE :**  |
| **EMAIL** |  |

|  |
| --- |
| **SITUATION ACTUELLE** |
| **ETABLISSEMENT D’EXERCICE** |  |
| **SERVICE ET POSTE OCCUPE** |  |
| **DATE DU 1er CONTRAT** |  |
| **NIVEAU DE QUALIFICATION** (dernier diplôme) |  |
| **PROJET PROFESSIONNEL/FORMATION**(quelques lignes sur votre projet professionnel) |  |

|  |
| --- |
| **DATE ET SIGNATURE du chef d’établissement et du candidat à la formation :** |