

## « FORMATION BAGAG »

### QUESTIONNAIRE CANDIDAT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

#### **IMPORTANT :**

Nous vous demandons de remplir ce questionnaire personnellement.

Les renseignements demandés seront utiles, si vous avez des financements extérieurs possibles.

Il est donc de votre intérêt de nous fournir le maximum de précisions. Les renseignements d'ordre personnel seront considérés comme **STRICTEMENT CONFIDENTIELS**.

#### • Renseignements Personnels

Date de naissance : \_\_\_\_\_ (âge) : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Département ou pays : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

- |               |                          |               |                          |
|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| - Célibataire | <input type="checkbox"/> | - Pacsé (e)   | <input type="checkbox"/> |
| - Marié (e)   | <input type="checkbox"/> | - Divorcé (e) | <input type="checkbox"/> |
| - Union libre | <input type="checkbox"/> | - Veuf (ve)   | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous des enfants : oui  non  Si oui, combien : \_\_\_\_\_

Sont-ils à charge : oui  non

N° Sécurité Sociale ou MSA : \_\_\_\_\_

N° identifiant France Travail : \_\_\_\_\_

Date d'inscription France Travail : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous de :

- |            |                          |  |
|------------|--------------------------|--|
| ✓ L'ARE ?  | <input type="checkbox"/> | Si oui, droits ouverts jusqu'au : _____                        |
| ✓ L'ASS ?  | <input type="checkbox"/> | Si oui, depuis quand : _____                                   |
| ✓ Le RSA ? | <input type="checkbox"/> | Socle <input type="checkbox"/> Majoré <input type="checkbox"/> |

Avez-vous le statut Parent Isolé ? \_\_\_\_\_

Etes-vous reconnu(e) travailleur handicapé (MDA) ? \_\_\_\_\_

Si oui, dates de la RQTH : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

Personne (nom, adresse et n° de téléphone) à prévenir en cas d'accident ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom et adresse de votre médecin traitant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Vos motivations pour intégrer la formation :***

Votre objectif premier :  l'Emploi     l'Accès à la formation

Quelles sont vos motivations pour intégrer la Plateforme ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Suite à la formation, seriez-vous prêt(e) à envisager une formation qualifiante si cela s'avère nécessaire ?

OUI     NON     Ne sait pas

Qu'est-ce qui pourrait vous empêcher de mener à bien votre projet ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J'atteste la véracité des informations fournies.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Signature :