EVALUER VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

DATE : REMPLIE PAR :

Origine du contact (provenance) :.....

Formation demandée :.....

Motivations, facteurs qui poussent le candidat : .....

ÉTAT CIVIL

NOM : ..... **Prénom** : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse :

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : .. / .. / .. / .. /.. Portable : .. / .. / .. / .. /..

Mail : .....

SITUATION ACTUELLE

Situation actuelle (DE, salarié, …) : .....

Expérience Professionnelle : .....

.....

.....

Si Demandeur d'emploi : N° identifiant : .....

Pôle emploi : .....

Nom du correspondant : .....

Financeur de la formation : .....

PROJET PROFESSIONNEL

☐ Préciser le niveau de mobilité et les éléments d'exigence :

……
……
……
……

PERMIS DE CONDUIRE

Catégorie	Date d'obtention	Civil ou militaire	Expérience sur véhicule

Moyen de locomotion : OUI NON

SITUATION FAMILIALE

Contraintes horaires éventuelles :

……

CAPACITÉ A INTEGRER LA FORMATION

Eléments à vérifier	Oui	Non	Commentaires
Acceptation des contraintes liées à la formation.			
Acceptation des contraintes horaires (horaires de formation normale ou en équipe).			
Capacité à gérer son organisation personnelle et familiale en étant en formation (temps de travail personnel …).			
Capacité à s'intégrer dans un groupe de formation (comportement, expression orale...).			
Le stagiaire a une présentation compatible avec la formation visée.			
Expérience préalable eventuelle			

RÉSULTATS DES TESTS D'ÉVALUATION INITIALE

Volume horaire pratique prévisionnel : ……..

Type de formation	Type de financement possible

Commentaires :

……
……