

NOM : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Situation de famille :  marié(e)  PACS  vie maritale  célibataire  veuf(ve)  divorcé(e)

Nom d'épouse : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à \_\_\_\_\_ Sexe  M  F

Nationalité \_\_\_\_\_ Départ. Naissance : \_\_\_\_\_

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

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Numéro téléphone portable \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_ \_ \_ \_ \_

REGIME CHOISI :  Demi-pensionnaire  Externe

#### PIECES OBLIGATOIRES

- Curriculum Vitae
- Relevés de notes du dernier diplôme obtenu
- Copies diplômes obtenus et/ou attestations de formation
- Accord de prise en charge de la formation
- Pièce d'identité
- Adhésion association
- Chèque de 40 €  
à l'ordre de la MFR de St-Grégoire  
(Apprentis + FC facultatif)

#### VOTRE SITUATION

Dernier diplôme le plus élevé obtenu : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_

Si baccalauréat, indiquer la série exacte : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

Actuellement, vous êtes :

Demandeur d'emploi  Salarié  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

#### VOTRE PROJET PROFESSIONNEL en quelques lignes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## CONDITIONS D'ADMISSION

- Être âgé de plus de 18 ans
- Avoir quitté la formation initiale depuis plus d'un an
- Être titulaire d'un niveau IV minimum (ou justifier d'au moins 24 mois d'activité professionnelle à temps plein)
- Justifier d'une année d'activité professionnelle
- Passer un positionnement (entretiens et tests) pour individualiser le parcours (long ou court...)

## FINANCEMENT DE LA FORMATION

- Financement personnel
- Transition Pro
- Contrat de professionnalisation
- Prise en charge Pôle Emploi. Votre identifiant : \_\_\_\_\_
- Prise en charge Région : \_\_\_\_\_
- Prise en charge par mon entreprise :
  - Raison sociale : \_\_\_\_\_
  - Personne à contacter : \_\_\_\_\_
  - Adresse exacte : \_\_\_\_\_
  - CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_
  - Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

## VOTRE STAGE PRATIQUE

- En cours de recherche
- Le stage pratique s'effectuera dans l'entreprise :
  - Raison sociale : \_\_\_\_\_
  - Dirigeant : \_\_\_\_\_
  - Adresse exacte : \_\_\_\_\_
  - CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_
  - Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_
  - SIRET : \_\_\_\_\_ Code NAF : \_\_\_\_\_
  - Nom – Prénom du maître de stage : \_\_\_\_\_

## Comment avez-vous connu la MFR de Rennes-St Grégoire ?

- Site internet
- Entourage
- Conseiller (Pôle Emploi, Mission Locale etc...)
- Employeur
- Salon/Événement
- Presse
- Réseaux sociaux

# POSITIONNEMENT PREALABLE A L'ENTREE EN FORMATION

Qu'attendez-vous de la formation ?

---

---

---

---

Concernant votre niveau actuel dans le domaine de la formation suivie ?

	1	2	3	4	5	
Niveau faible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Niveau élevé

Concernant vos compétences digitales ?

	1	2	3	4	5	
Très limitées ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	très larges !

Equipement et matériels informatiques

Ordinateur       Imprimante       Logiciel de traitement de texte       Connexion internet

Concernant votre capacité à travailler en équipe ?

	1	2	3	4	5	
Je travaille constamment seul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Je travaille toujours en équipe

Concernant votre capacité à travailler en autonomie ?

	1	2	3	4	5	
0% Autonome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100% Autonome

« Les données personnelles recueillies via ce formulaire servent à préparer votre future inscription à la Maison Familiale et Rurale de St-Grégoire. La base légale de ce traitement est l'article 6.1° du règlement sur la protection des données (mission d'intérêt public). Les données sont exploitées par les services administratifs et pédagogiques de l'établissement. Elles peuvent être communiquées aux Services de l'Etat concernés (Ministère de l'Agriculture, de l'Education Nationale, DRAAF...). Elles sont conservées opérationnelles durant toute la date de la préinscription, puis de la scolarité de l'élève et archivées pour répondre aux obligations légales de l'Etablissement. Vous disposez du droit de demander au responsable du traitement (La Directrice de la Maison Familiale Rurale de Saint-Grégoire – 14, Les Rabinardières, 35760 ST-GRÉGOIRE - Tél : 02.99.68.81.11 – Mail : [mfr.st-gregoire@mfr.asso.fr](mailto:mfr.st-gregoire@mfr.asso.fr)) l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou une limitation du traitement relatif à la personne concernée, ou du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité des données, sauf incompatibilité avec la Mission d'Intérêt Général de la Maison Familiale Rurale de St-Grégoire, et au contrat de scolarité entre vous-même, votre enfant et l'établissement.

**Accueil d'adultes à besoins spécifiques nécessitant des adaptations**

Etes-vous concerné :  oui     non

**Rencontre-vous l'une des difficultés suivantes ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Motrice (ex. : déplacement, posture...)     | <input type="checkbox"/> Auditive  |
| <input type="checkbox"/> Visuelle (mauvaise vue après correction...) | <input type="checkbox"/> Invalidante (ex. : diabète, épilepsie, asthme...) |
| <input type="checkbox"/> Cognitive (ex. : troubles « dys » ...)      | <input type="checkbox"/> Autre difficulté : _____                          |

Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Adaptations pédagogiques nécessaires :** *Modalités pédagogiques (contenus, supports, outils...), rythmes et temps de formation, tiers temps, aménagement des locaux, placement du jeune dans la classe, aide à la prise de note etc...*

Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Avez-vous bénéficié de :**

Reconnaissance MDPH	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non
Reconnaissance RQTH	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non

**Aptitude à la pratique du sport :**     OUI     NON (si dispensé(e), fournir un certificat médical)

**Régime alimentaire particulier :** \_\_\_\_\_

**SIGNATURES**

Je certifie exacts les renseignements fournis.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du candidat

*Cadre réservé à l'administration*

**ADMISSION EN FORMATION**

**AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT**

Favorable                       Défavorable                       Liste d'attente (n° \_\_\_\_\_)

**OBSERVATIONS**

**DECISION COMMUNIQUEE A L'ETUDIANT - Date :** \_\_\_\_\_