

Photo
d'identité
A COLLER

BP Aménagements Paysagers Formation continue

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
- Relevé de carrière
- Copie JDC
- 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 : _____

Je suis sans activité professionnelle :

- Demandeur d'emploi Inscrit au pôle-emploi (*date et numéro d'identifiant Pôle Emploi*) :
- Vous êtes : Indemnisé
 Non indemnisé
 Bénéficiaire du R.S.A (N° Allocataire) :

VOTRE PROJET PROFESSIONNEL EN LIEN AVEC LA FORMATION

CONDITIONS D'ADMISSION

La formation BP, de niveau IV, s'adresse aux demandeurs d'emploi selon les critères d'éligibilité suivants au moment de l'entrée en formation :

- Être inscrit comme demandeur d'emploi à Pôle emploi,
- Être sorti du système scolaire (formation initiale hors apprentissage) depuis plus d'un an,
- Être majeur et justifier d'une année d'activités professionnelles de tout métier avant l'entrée en formation,

Être titulaire soit d'un CAPa, d'un diplôme ou titre inscrit au RNCP, de même niveau ou d'un niveau supérieur, ou avoir suivi le cycle conduisant au BEP, BEPA, ou avoir suivi une scolarité complète de classe de seconde, ou avoir accompli une année d'activité professionnelle avant l'entrée en formation dans un secteur professionnel correspondant aux finalités du diplôme ou trois années d'activité professionnelle effectuées dans un autre secteur,

Justifier d'une bonne condition physique, faire valider son projet professionnel par Pôle Emploi ou Mission Locale, Réaliser une PMSMP (Période de Mise en Situation en Milieu Professionnel) de préférence en entreprise de paysage ou en commune, savoir Lire – Écrire ou être accompagné d'un traducteur.

FINANCEMENT DE LA FORMATION

- Qualif'Emploi
- Financement personnel
- Transition Pro
- Contrat de professionnalisation
- Prise en charge Pôle Emploi. Votre identifiant : _____

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) 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 : Fournir un certificat médical _____

SIGNATURES

Je certifie exact les renseignements fournis et déclare avoir pris connaissance des instructions jointes.

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 : _____