|  |  |
| --- | --- |
| Campus - logo (2) | CMA-93--en-tete |

Dossier d’inscription

FORMATION CHOISIE:

……………………………………………....

DATE CHOISIE:

……………………………………………....

Contacts :

* *Me RODRIGUES: 01.41.83.11.97 - email :* [***e.rodrigues*@cma93.fr**](mailto:e.rodrigues@cma93.fr)
* *Me HUSSAIN: 01.41.83.38.44 - email :* [***s.hussain*@cma93.fr**](mailto:s.hussain@cma93.fr)

**LIEUX DE FORMATION**: **Campus des Métiers**

**91-129 rue Edouard Renard**

**93016 BOBIGNY**.

****

****

|  |  |
| --- | --- |
|  | CMA-93--en-tete |

FICHIER D’INSCRIPTION

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Madame 🞎 | Monsieur 🞎 | | |  |
| Nom : ------------- | | | | Prénom : | | |
| Nom de jeune fille : ------------- | | | | PHOTO | | |
| Date de naissance : ------------- | | | |
| Lieu de naissance : ------------- | | | |
| Nationalité : ------------- | | | |
| Situation de famille : ------------- | | | |
| N° Sécurité Sociale : --------------------------------------------------- | | | |
| Adresse : | | | | | | |
| Code postal : | | | Ville : | | | |
| Téléphone fixe : | | | Portable : | | | |
| Adresse mail : | | | | | | |
| Diplôme(s) scolaires obtenus : | | | | | | |
| Autres diplômes ou titres obtenus : | | | | | | |
| **SITUATION PROFESSIONNELLE** | | | | | | |
| 🞏 Salarié chauffeur ambulancier 🞏 Salarié autre secteur (précisez) :  🞏 Inscription Pôle Emploi, identifiant………………………… 🞏 Autre (précisez) : | | | | | | |
| Avez-vous déjà exercé dans une entreprise de transport sanitaire : oui 🞎 non 🞎 | | | | | | |
| Si oui depuis combien de temps : | | | | | | |
| Adresse entreprise : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | |
| **ATTESTATION** | | | | | | |
| Je soussigné(e) -----------------------------------------------------------------atteste sur l’honneur l’exactitude des renseignements. | | | | | | |
| mentionnés sur ce document | | | | | | |
| A----------------------------------------------- le --------------------------- Signature | | | | | | |

**PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D’INSCRIPTION**

**1)** La fiche d’inscription, ci-jointe, complétée et signée avec 1 photos d’identité

**2)** Curriculum vitae

**3)** La photocopie recto verso de votre carte d’identité ou de votre titre de séjour

4) Attestation de sécurité sociale

5) Diplômes obtenu

Ce dossier est à ramener à l’adresse suivante :

* CAMPUS DES METIERS ET DE L’ENTREPRISE
* 91/129 rue Edouard Renard 93000 BOBIGNY

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS VALIDÉ**