

Etablie par _____ le _____ / _____ / _____

NOM du contact : M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>		Prénom :
Adresse :		
<u>Précisez si nom sur B.A.L. différent</u> : chez M. Mme		
Code Postal :	Ville :	
Téléphone :	Portable :	
Adresse Email :		
Date de naissance :	Age :	ans

Diplôme(s) obtenu(s) :	Intitulé :
Niveau scolaire :	Section :
Actuellement en formation de :	

Demandeur d'emploi depuis le :			
Bénéficiaire de :	<input type="checkbox"/> A.R.E. (Allocation Retour Emploi)	<input type="checkbox"/> A.S.S. (Allocation Spécifique Solidarité)	<input type="checkbox"/> R.M.I. (Revenu Minimum Insertion)
	<input type="checkbox"/> A.P.I. . (Allocation Parent Isolé)	<input type="checkbox"/> COTOREP	<input type="checkbox"/> Allocation d'Insertion
<input type="checkbox"/> Autres, préciser :			

Permis obtenu(s) :	<input type="checkbox"/> Aucun permis	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> E(C)	<input type="checkbox"/> D
Moyen de locomotion :	<input type="checkbox"/> transports en commun	<input type="checkbox"/> Véhicule personnel	<input type="checkbox"/> Mob/Moto	<input type="checkbox"/> Vélo	

Origine du contact (OBLIGATOIRE) :	
<input type="checkbox"/> Annonce sur (indiquer quelle publication) :	
<input type="checkbox"/> ANPE	} de :
<input type="checkbox"/> Mission locale /PAIO	
<input type="checkbox"/> CIO	
<input type="checkbox"/> SALONS / FORUMS (précisez lequel) :	
<input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	

Action à mener :	<input type="checkbox"/> Adresser programme	<input type="checkbox"/> Envoyer dossier de candidature	<input type="checkbox"/> A convoquer
Pour la formation :			
Dispositif de prise en charge envisagé (à n'indiquer que si connu) :			
<input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage (Apprentissage / Professionnalisation)	<input type="checkbox"/> Congé Individuel de Formation (FONGECIF)		
<input type="checkbox"/> Militaire (via Ministère Défense)	<input type="checkbox"/> Individuel	<input type="checkbox"/> Conseil Régional IDF	

Fiche contact à transmettre sous 48 heures par fax ou Lotus Notes à :
 Si vous n'identifiez pas le destinataire, merci de transmettre au SEFITL : **fax 01 49 78 21 42** pour exploitation.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique permettant l'établissement des différents documents liés à la formation. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. La demande doit être effectuée auprès du secrétariat du centre AFT-IFTIM FC concerné. A