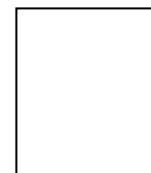


Date rendez-vous
Date envoi du dossier
Date envoi courrier officiel confirmation ou refus entrée en formation



FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ALTERNANT CAP AEPE
Année de Formation 2025-2026



ALTERNANT

NOM : _____ Prénoms : _____ ☐ M ☐ F

Né(e) le : _____ à _____ Département : _____

N° INE : (N° identité scolaire à demander à l'établissement d'origine) _____

NIR (N° Sécurité Sociale) : _____

Mobilité : Permis B : Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ Etes-vous véhiculé(e) ☐ oui ☐ non

RQTH (Reconnaissance travailleur Handicapé) : Oui ☐ Non ☐

Attestation RQTH fournie : Oui ☐ Non ☐

Portable Apprenant : _____ E-mail Apprenant : _____

PARCOURS ANTERIEUR 2024-2025

☐ Scolarité année précédant l'entrée en formation CAP AEPE

Classe : _____ Option : _____

Etablissement : _____

Ville : _____

☐ Service Civique, suivi en année

Etablissement : _____

Ville : _____

Missions effectuées : _____

☐ Autre situation l'année précédant l'entrée en formation CAP AEPE

Précisez : _____

Type et Date du dernier diplôme obtenu : _____

Dispositif spécifique de suivi ou d'accompagnement :

DYS ☐ NOTIFICATION MDPH ☐ AMENAGEMENT DE FORMATION (ex : TIERS TEMPS)

☐ Attestation(s) fournie(s) : Oui ☐ Non ☐

Autres à préciser

Pièce d'identité à jour : Oui ☐ Non ☐ Extrait judiciaire Bulletin N°3 : Oui ☐ Non ☐

Comment avez-vous connu l'établissement : _____

Cadre réservé à l'administration

Dossier retenu ☐ Oui ☐ Non

Informations : _____

TOURNEZ LA PAGE SVP



ALTERNANT OU RESPONSABLE LEGAL (si alternant mineur)

☐ Alternant lui-même ☐ Père et Mère ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre : _____

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie Maritale (Pacsé(e)) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve)

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

 Domicile : _____ E-mail parents : _____

 Portable : Père : _____

Mère : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS

Père : NOM : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Nom Entreprise : _____

 Travail : _____

Mère : NOM : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Nom Entreprise : _____

 Travail : _____

EN CAS DE SÉPARATION OU FAMILLE D'ACCUEIL

☐ Père ☐ Mère ☐ Famille d'accueil :

☐ Marié(e) ☐ Vie Maritale (Pacsé(e)) ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire ☐ Séparé(e)

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Pour les familles d'accueil Nom CDAS et éducateur : _____

 Domicile : _____ E-mail personnel : _____

 Portable : _____

Fait le : _____

Signature du responsable légal