

# Dossier de Candidature 2011 CAP Petite Enfance



## CANDIDAT

NOM : Mlle , M.  .....

PRENOMS .....

Né(e) le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| à .....

Nationalité  Française  Union Européenne (UE)  Hors Union Européenne

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Email .....

Téléphone fixe |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Portable |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## PERE DU CANDIDAT

Nom : ..... Prénom .....

Adresse ..... Téléphone fixe |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
..... Portable |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Code Postal ..... Ville .....

Email ..... Profession .....

## MERE DU CANDIDAT

Nom : ..... Prénom .....

Adresse ..... Téléphone fixe |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
..... Portable |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Code Postal ..... Ville .....

Email ..... Profession .....

### Partie réservée à l'administration - ne rien inscrire

#### Réception du dossier le :

Incomplet

#### Notes

Pièce d'identité

Bulletins de notes

Diplômes

Remis le :

Saisi le :

## ETABLISSEMENTS FREQUENTES AU COURS DES QUATRE DERNIERES ANNEES

Année	Etudes suivies / classe	Etablissement fréquenté	Ville
2009 / 2010			
2008 / 2009			
2007 / 2008			
2006 / 2007			

## DIPLOMES OBTENUS

Diplômes obtenus (intitulé exact du diplôme)	Date d'obtention

Diplôme le plus élevé obtenu :  Aucun  Bac Technique  
 Brevet des collèges  Bac Professionnel  
 CAP / BEP  Bac + 2  
 Bac Général  Bac + 3 ou plus

Etes vous titulaire de :

<b>ASSR 1</b>	<b>ASSR 2</b>	<b>BSR</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Indiquez vos expériences professionnelles : stages, travaux d'été, etc.

Entreprise	Poste occupé	Dates : Début (mois/année) Fin (mois/année)

## VOTRE PROJET

---

### *Je souhaite préparer le CAP Petite Enfance*

*Donnez trois raisons qui expliquent votre attirance pour le secteur « Petite Enfance » ?*

- 1 - .....  
2 - .....  
3 - .....

*Qu'est ce qui vous attire dans la formation en apprentissage ?*

- 1 - .....  
2 - .....  
3 - .....  
4 - .....  
5 - .....

*Pour quelles raisons avez-vous choisi de venir à l'IFPS Côte d'Azur ?*

- 1 - .....  
2 - .....  
3 - .....

*Comment imaginez-vous votre situation dans les prochaines années ?*

- L'année prochaine, je .....  
Dans 2 ans, je .....  
Dans 3 ans, je .....  
Dans 4 ans, je .....

*Quelles activités personnelles pratiquez-vous (hobbies, sports, association, etc.) ?*

## VOTRE NIVEAU SCOLAIRE ?

---

*Lors de la dernière année scolaire, si vous avez eu plus de 8h d'absence expliquez-en les raisons ?*

*Avez-vous des difficultés dans certaines matières ? Si oui, lesquelles ?*

*Avez-vous des problèmes de compréhension de type dyslexie, dyscalculie, etc ?*       Oui     Non

## COMMENT NOUS AVEZ-VOUS CONNU ?

---

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Publicité              | <input type="checkbox"/> Article presse | <input type="checkbox"/> Radio         | <input type="checkbox"/> Internet                               |
| <input type="checkbox"/> Salon : lequel ? ..... |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Collège                | <input type="checkbox"/> Lycée          | <input type="checkbox"/> CIO           | <input type="checkbox"/> Ancien apprenant de l'IFPS Côte d'Azur |
| <input type="checkbox"/> Bouche à oreille       | <input type="checkbox"/> Entreprise     | <input type="checkbox"/> Autre : ..... |   |

## PIECES A JOINDRE

---

1. Le **présent dossier** dûment rempli et signé
2. Une photocopie recto verso de la **carte d'identité** ou du **titre de séjour** en cours de validité
3. Vos **trois derniers bulletins de notes**
4. **Deux timbres** au tarif normal
5. Une photocopie de vos **diplômes** déjà obtenus
6. Un **certificat de scolarité comportant le numéro BEA** (ou INE)

**Attention, tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.**

Mlle, M. .... certifie l'exactitude des informations contenues dans le présent dossier et dans tous les documents joints.

A ..... le .....

Signature du candidat

Signature du représentant légal  
pour les candidats mineurs

*Dossier à retourner à*

**I**nstitut de **F**ormation **P**harmacie **S**anté Côte d'Azur

120, Bd du Point du Jour – 06700 SAINT LAURENT DU VAR

Tél. 04 93 31 49 69 - Fax : 04 93 14 47 31

e-mail : [ifps@cote-azur.cci.fr](mailto:ifps@cote-azur.cci.fr)

[www.ifps-cote-azur.com](http://www.ifps-cote-azur.com)