

FORMULAIRE DE RECUEIL DES BESOINS ET DE POSITIONNEMENT

NOM		PRENOM	
Numéro de téléphone		Adresse Mail	
Classe précédente avant votre entrée au CFA			
Etablissement précédent avant votre entrée au CFA			
Diplôme(s) obtenu(s)			

<u>DIPLOME PREPARE (COCHER LA CASE) :</u>				
CAP	BAC PRO	BP	BTM	MC

<u>DOMAINE DE FORMATION (COCHER LA CASE) :</u>			
Boucherie	Cuisine	Boulangerie	Commerce / Vente
Chocolaterie	Service	Pâtisserie	Mécanique Automobile
Barman	Coiffure	Traiteur	
Sommellerie	Coiffure - Coupe – Couleur	Technique du tour en boulangerie et en pâtisserie	

Quel est votre projet professionnel ?

I. VOTRE POSITIONNEMENT :

Avez-vous signé un contrat d'apprentissage ?

OUI

NON

Si oui, êtes-vous en rupture de contrat d'apprentissage?

OUI

NON

Avez-vous une expérience professionnelle (stages, travail saisonnier autres...)? si oui, merci de les indiquer ci-dessous.

Selon vous, quelles sont les contraintes de votre futur métier?

Quelles sont vos motivations, qu'est-ce qui vous plait dans ce futur métier?

Quels sont vos qualités pour exercer ce futur métier ?

Quels sont vos défauts vis-à-vis de ce futur métier ?

Pouvez-vous décrire le principe de l'alternance ?

II. VOS BESOINS :

Bénéficiez-vous d'une RQTH (**R**econnaissance de la **Q**ualité de **T**ravailleur **H**andicapé) ? *Si oui, merci de nous fournir le justificatif*

OUI

NON

Bénéficiez-vous d'une équivalence jeunes ? *Si oui, merci de nous fournir le justificatif*

OUI

NON

Bénéficiez-vous de l'Extension BOE (**B**énéficiaire de l'**O**bligation d'**E**mploi) ? *Si oui, merci de nous fournir le justificatif*

OUI

NON

ATTENTION : Si vous bénéficiez d'une de ces mentions, cocher les cases concernées sur le contrat d'apprentissage.

Avez-vous des difficultés particulières qui pourraient avoir un impact sur votre scolarité ? (Problème de santé, trouble DYS...)

OUI

NON

Si oui, quelles sont vos difficultés ?

Avez-vous des difficultés dans certaines matières qui pourraient avoir un impact sur votre scolarité ? (Exemple : difficultés en mathématiques, en français...)

Seriez-vous volontaire pour participer à du soutien scolaire organisé par la Vie Scolaire ?

OUI

Si oui dans quelles matières ?

NON

Avez-vous des difficultés personnelles qui pourraient avoir un impact sur votre scolarité ? (Problème financier, de logement, de transport ...)

OUI

NON

Si oui, quelles sont vos difficultés ?

Date et Signature de l'apprenant :

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

En cas de difficultés particulières un RENDEZ-VOUS AVEC LA VIE SCOLAIRE pourra vous être FIXE

Nota : En cas de difficultés signalées (trouble DYS, dans certaines matières, autres ...) les formateurs seront informés de vos besoins spécifiques afin de vous garantir la meilleure prise en charge possible.

AVIS VIE SCOLAIRE (VS) : A compléter pour tous les apprenants

LE PROJET EST-IL VALIDE :

OUI
NON : Motif

Date et Signature Vie Scolaire :

En cas de RQTH un RENDEZ-VOUS AVEC LE REFERENT HANDICAP SERA FIXE

Nota : En cas de situation de handicap (cognitif, psychologique, moteur, sensoriel...) les formateurs seront informés de vos besoins spécifiques afin de vous garantir la meilleure prise en charge possible.

AVIS DU REFERENT HANDICAP :

LE PROJET EST-IL VALIDE :

OUI
NON : Motif

Date et Signature du Référent Handicap

Si besoin, AVIS DU RESPONSABLE PEDAGOGIQUE

AVIS GENERAL :

FAVORABLE
DEFAVORABLE

Justification si avis défavorable :

Signature Responsable Pédagogique :