|  |
| --- |
|  |
|  |
| **BULLETIN DE CANDIDATURE INDIVIDUELLE**(à retourner signé à l'adresse suivante : [contact@cesim-sante.fr](contact%40cesim-sante.fr)) |
| **ETAT-CIVIL (\*mentions obligatoires)** |
| Civilité\* : |  Compléter |   | Nom d'usage\* : |  Compléter . |
| Nom de naissance\* :  | Compléter | Prénoms\* : |  Compléter  |
| Date et lieu de naissance\* : |  Compléter  | Nationalité\* : | FR[ ]  Autre [ ]  Préciser : Compléter  |
| Adresse\* : |  Compléter  |   |
| Code Postal\* : |  Compléter  | Ville\* : |  Compléter  |
| N° tél. portable\* :  |  Compléter  | Mail\* : |  Compléter  |
| Fonction dans l'entreprise : |  Compléter  |   | Situation de handicap :  | Oui [ ]  | Non[ ]  |  |
| **SITUATION PROFESSIONNELLE** |
| Nom employeur :  |  Compléter  |   | Contact professionnel + mail (Personne en charge du dossier administratif) : |
| Adresse :  |  Compléter  |   |  Compléter  |
| Code postal :  |  Compléter  |  | Ville :  |  Compléter  |
| Tél. professionnel. :  |  Compléter  |   | Mail professionnel : |  Compléter  |
| **Intitulé de la Formation** | **Date de la formation** |
|  Compléter  |  Compléter |
| **Financement de la formation (cocher la case)** |
| Plan de formation de l'entreprise [ ]  |  | Financement personnel [ ]  |
| Nom de l'organisme payeur : |  Compléter  |  |  |
| Adresse : |  Compléter  |  |
| N° SIRET: |  Compléter  |  |
| Téléphone: |  Compléter  |  |
| Nom du signataire de la convention : | Compléter | Qualité du signataire de la convention : | Compléter |
| *Les inscriptions seront prises en compte dans l'ordre de leur arrivée. Ce bulletin d'inscription signé vaut "Bon de commande". A réception de celui-ci, une convocation ainsi qu'une convention vous seront adressées. Vous devrez nous retourner un exemplaire de la convention signée avant le début du stage.Le CESIM se réserve le droit d'annuler la formation si le nombre d'inscrits est insuffisant. Toute annulation de la part du stagiaire doit être transmise au Centre (CESIM) avant réception de la convocation, passé ce délai la formation sera facturée.* |
| Fait à : Compléter  | Le : Compléter | Cachet et signature : |

