



FICHE ADMINISTRATIVE 2025

**Candidat relevant de la formation professionnelle continue
et justifiant de trois ans de cotisation à un régime de protection sociale**

NOM de NAISSANCE :

NOM MARITAL :

PRÉNOMS :

Né(e) le :/...../.....à (lieu et numéro du département) :.....

NATIONALITÉ :

ADRESSE : Rue N°

Code postal - Commune :

Nombre d'enfants à charge :

TÉLÉPHONE(S) portable :

Fixe :

MAIL obligatoire (sous la forme « initiale du prénom nom @ moteur de recherche ») :

.....@.....

DIPLÔME(S) obtenus à ce jour (indiquez dénomination et année d'obtention

Ex : Baccalauréat....) :.....année

.....année

..... année

EMPLOI(S) : Précisez la ou les date(s), le nom de(s) l'employeur(s), l'adresse et la fonction d'embauche :

-

-

-

ORGANISME DE FINANCEMENT

Si votre prise en charge est effective, **fournir une attestation**,

Si en attente de prise en charge, **à préciser**

.....

.....

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur l'ensemble des documents.

Fait à, le.....

Signature du candidat