



⚠ À REMPLIR AU STYLO NOIR ET EN MAJUSCULES



Tout dossier incomplet ne sera pas traité.

BTS MOS en alternance

MANAGEMENT OPÉRATIONNEL DE LA SÉCURITÉ

➔ RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Madame Monsieur

Nom

Prénom

Date de naissance Lieu / Pays

Adresse

.....

Complément d'adresse

Code Postal Ville

☎ Tél. domicile ☎ Tél. portable

✉ Email

➔ Bénéficiez-vous d'une reconnaissance de handicap ? Oui* Non

⚠ *(Joindre la copie du document de reconnaissance travailleurs handicapés)

Avez-vous déjà bénéficié d'un accompagnement spécifique (PPS, PAI, ...) ? Oui Non

➔ REPRÉSENTANT LÉGAL (si mineur-e obligatoire)

Mère Père Tuteur Autre (à préciser)

Nom

Prénom

☎ Tél. portable

✉ Email

DOSSIER À NOUS RETOURNER

Par courrier à

📍 Intégrale Sécurité Formations
54 chemin du Carréou
83480 PUGET-SUR-ARGENS

DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER

- Lettre de motivation et C.V.
(à destination d'une entreprise)
- Copie de votre pièce d'identité recto-verso à jour
(ou titre de séjour valide autorisant à travailler en France)
- Copie de votre dernier contrat d'apprentissage
(si vous avez déjà été apprenti)
- Copie de vos 3 derniers bulletins scolaires
- Copie des relevé(s) de notes d'examen
(+ copies des diplômes) déjà obtenus
- Certificat de scolarité
(si vous étiez scolarisé en 3ème en 2018-2019)
- Autorisation d'intervention en cas d'urgence
(page 3 du dossier de candidature)
- Copie de l'attestation de la carte vitale à votre nom et à jour
- ➔ PROMESSE D'EMBAUCHE
si vous avez déjà trouvé une entreprise
(document non obligatoire pour l'envoi du dossier)

VOTRE SITUATION ACTUELLE

Scolarisé-e

Classe fréquentée

Établissement Collège Lycée CFA

Autre :

Nom de l'établissement

Ville

Autre situation

DERNIÈRE SITUATION SCOLAIRE

AVANT TOUTE SIGNATURE D'UN
CONTRAT D'APPRENTISSAGE

Dernière classe fréquentée

Année

Établissement Collège Lycée CFA

Autre :

Nom de l'établissement

Ville

Diplôme(s) obtenu(s)*

.....

 * (Joindre la copie du relevé de notes ou des diplômes)






AUTORISATION D'INTERVENTION




 * Champs obligatoires

Nom*
Prénom*
Site de formation
Adresse*
.....
Complément d'adresse
Code Postal* Ville*
 Tél. portable*
 Email*
Numéro de Sécurité Sociale*

 En cas de modification, merci de bien vouloir nous en informer.

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Mère Père Tuteur
 Autre :
Nom*
Prénom*
 Tél. domicile
 Tél. portable*
 Tél. professionnel

 Mère Père Tuteur
 Autre :
Nom*
Prénom*
 Tél. domicile
 Tél. portable*
 Tél. professionnel

APPRENTI-E MAJEUR-E

Je soussigné-e (nom de l'apprenti-e majeur-e)*

déclare autoriser toute intervention médicale d'urgence en cas d'accident.

Signature*
Précédée de la mention «Lu et approuvé»

APPRENTI-E MINEUR-E

Je soussigné-e (nom du responsable légal)*

déclare autoriser toute intervention médicale d'urgence en cas d'accident pour (nom de l'apprenti-e mineur-e)*

Signature*
Précédée de la mention «Lu et approuvé»