



DEMANDE DE CANDIDATURE

A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES

1. NOM <input type="text"/>	CADRE RÉSERVER A L'ADMINISTRATION	
2. PRÉNOM <input type="text"/>		
3. DATE DE NAISSANCE <input type="text"/> LIEU <input type="text"/> PAYS <input type="text"/>		DATE DE DÉPÔT DU DOSSIER
4. ADRESSE PERSONNELLE: N°, RUE, VILLE, CODE POSTALE <input type="text"/>		DEMANDE TRAITÉE PAR
5. SITUATION FAMILIALE <input type="text"/> NOMBRE D'ENFANTS <input type="text"/>		CANDIDAT PROPOSE PAR
6. N° CARTE D'IDENTITÉ NATIONALE <input type="text"/>		PARRAINE PAR
7. NOM DU PÈRE (OU TUTEUR) <input type="text"/> TEL <input type="text"/>		PIÈCE JOINTES
8. PROFESSION DU PÈRE <input type="text"/>		Attestation du bac Copie égalisé du diplôme Certificat de scolarité Acte de naissance Photocopie C.I.N légalisée Bulletins de notes Photos d'identité Enveloppes timbrées Autres
9. ADRESSE <input type="text"/>		Photographie d'identité (A coller)
10. NIVEAU SCOLAIRE DERNIER ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> FILIÈRE <input type="text"/> DIPLÔME OU NIVEAU <input type="text"/> ÉTABLISSEMENT DU SECONDAIRE <input type="text"/> VILLE <input type="text"/> FILIÈRE OU SÉRIE <input type="text"/> DIPLÔME OU NIVEAU <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>		
11. FORMATION PROFESSIONNELLE ÉTABLISSEMENT <input type="text"/> VILLE <input type="text"/> FILIÈRE <input type="text"/> DIPLÔME OU NIVEAU <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>		
12. EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE ENTREPRISE <input type="text"/> ADRESSE <input type="text"/> PÉRIODE DU <input type="text"/> AU <input type="text"/> <input type="radio"/> STAGIAIRE <input type="radio"/> EMPLOYÉ		

Afin que nous puissions être informé sur votre état de santé, et d'assurer par conséquent votre sécurité et celle de vos camarades pendant la période de cette formation, nous vous prions de répondre en toute sincérité à ces questions.

Portez-vous des lunettes? **Oui** **Non** Avez-vous d'autre problèmes liés à la vue? (Si oui lesquels)

Portez vous un appareil auditif? **Oui** **Non** Avez-vous d'autres problèmes auditifs? (Si oui lesquels)

Avez-vous des difficultés à utiliser vos mains ou vos pieds? **Oui** **Non** (Si oui lesquels)

Avez-vous d'autres précisions d'ordre médical? (Diabète, problème cardiaque, allergies....) si oui citez les sans hésitation.

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LE CPT?

- Par un lauréat du CPT J'ai déposé ultérieurement une demande au CP
- Par un enseignant dans mon établissement Par contact direct à l'occasion des journées de l'orientation
- Grace à l'affichage de la note d'information dans mon établissement Grace à l'ANAPEC (ex CIOPE)
- Autre, précisez

Je soussigné, reconnais avoir pris connaissance des modalités d'admission et de formation au Centre de Perfectionnement Technique de Kénitra.

Je certifie sur l'honneur, la sincérité des renseignements demandés et l'exactitude des documents et des pièces jointes.

Fait à le

Signature de candidat

Si le candidat est mineur, Signature des parents