



AFCCO

ECOLE REGIONALE DES METIERS DE LA COIFFURE

Dossier de candidature CAP Coiffure

Année.....
(1 ou 2 ans de formation)



16, rue de Belfort
25000 BESANCON
Tél. 03 81 88 63 87

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / ____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

N° de téléphone : _____ N° de Sécurité Sociale de l'élève (si apprentissage) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse Mail de l'élève : _____

Êtes-vous reconnu travailleur handicapé (RQTH) ? OUI NON

Si vous avez besoin d'aménagement particulier pour suivre la formation n'hésitez pas à nous contacter.

Pièces à joindre impérativement au dossier sous peine de non enregistrement de votre demande :

- Une lettre manuscrite exposant vos motivations par rapport à la section demandée
- Une photocopie de la carte d'identité
- 4 photos d'identité
- Photocopies des bulletins de l'année scolaire en cours et de l'année précédente
- Photocopies des diplômes éventuels
- 12 timbres au tarif lettre prioritaire

A compléter par le candidat

Responsable :

Nom du père : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone personnel : __/__/__/__/__ Portable : __/__/__/__/__

Profession : _____ Employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Téléphone du Travail : __/__/__/__/__

Nom de la mère : _____ Prénom : _____

(Si différent de celui du père)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone personnel : __/__/__/__/__ Portable : __/__/__/__/__

Profession : _____ Employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Téléphone du Travail : __/__/__/__/__

Responsable : Père et mère conjointement	<input type="checkbox"/>	Autre membre de la famille	<input type="checkbox"/>
Père seul	<input type="checkbox"/>	DDASS	<input type="checkbox"/>
Mère seule	<input type="checkbox"/>	Autre cas	<input type="checkbox"/>
Tuteur	<input type="checkbox"/>	Elève lui-même	<input type="checkbox"/>

Adresse Mail de la famille : _____

Nombre de frères et sœurs : _____

À renseigner uniquement si contrat d'apprentissage :

Coordonnées du Salon

Nom du Salon : _____

Adresse complète : _____

Nom du Chef d'entreprise : _____

Téléphone : __/__/__/__/__ Adresse mail du Salon : _____

Numéro de Siret : _____ Nombre d'employé au salon : _____

Nom du tuteur et date de naissance : _____

Dernières classes suivies :

<i>Année</i>	<i>Classe</i>	<i>Etablissement</i>

Diplômes obtenus : _____

Stages en entreprise ? Si oui précisez :

<i>Année</i>	<i>Durée</i>	<i>Nom de l'entreprise</i>	<i>Travaux réalisés</i>

Comment avez-vous connu notre établissement ?

- Par le CIO précisez : _____
- Par un journal précisez : _____
- Par un coiffeur précisez : _____
- Par les Pages Jaunes précisez : _____
- Par Internet précisez : _____

- Autres précisez : _____

Remarques et avis à l'issue de l'entretien

A compléter par le centre de formation :

Partie réservée à l'établissement :

Date de réception : _____
Dossier suivi par : _____
Classe : _____
Dossier complet : OUI NON



AFCCO

ECOLE REGIONALE DES METIERS DE LA COIFFURE