

L'examen de la situation professionnelle de : _____

Fait apparaître la nécessité de suivre une formation en :

Qualification Perfectionnement Création d'Entreprise

dans les domaines suivants : _____

Prescripteur : _____ Date : _____

Décision d'orientation :

Tests psychotechniques AFPA

Date : _____ Stage retenu : _____

Validation de LADOM

Conseillé Déconseillé à revoir en cours

FINANCEMENT - FORMATION

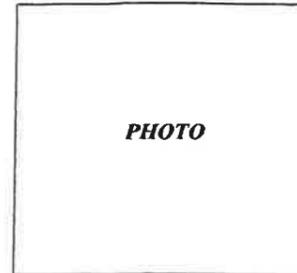
ARE / ASS / RSA Non Oui Montant mensuel : _____

Financeurs	Postes	Oui	Non	Montant
Etat (ASP)	Rémunération de Base			
ACM	Allocation Complémentaire Mobilité			
	Allocation Installation			
Etat (LADOM)	Frais Pédagogiques de Formation			

Financeurs	Postes	Oui	Non	Montant
Conseil Régional	Rémunération de Base			
	Cotisation Sociale			
	Aide Complémentaire de Ressources			
	Frais Pédagogiques de Formation			
Candidat	Frais Pédagogiques de Formation			
Autres Organismes				

Financeurs	Postes	Oui	Non	Montant
Conseil Général	Aide			
Mission Locale	Aide ponctuelle			

Nom et signature du Conseiller de LADOM



DOSSIER DE DEMANDE INDIVIDUELLE
DE FORMATION OU STAGE

Intitulé

DOSSIER N° 189 -

Date : _____

SITUATION DU DEMANDEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Sexe M F

Date de naissance : _____ Age : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

MAIL : _____

Téléphone : 0596 _____ Portable : 0696 _____

N° Sécurité Sociale : _____

Situation de famille Célibataire Marié(e) Divorcé(e)

Séparé(e) Veuf(ve) Union Libre

Nombre d'enfants à charge : _____

Âges des enfants : _____

Profession des parents ou du conjoint(e)

Conjoint(e) : _____

Père : _____

Mère : _____

Adresse des parents : _____

SITUATION SCOLAIRE ET FORMATION PROFESSIONNELLE

Niveau scolaire

CFG	BNC	CAP	BEP	BAC	BTS	DUT	DEUG	Licence
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	---------

Dernier établissement scolaire fréquenté

Ecole	Lycée	Collège	Autres
-------	-------	---------	--------

Diplômes acquis : _____

Formation complémentaire – Stages ou apprentissage

Nom de l'organisme	Stages suivis	Dates	Rémunéré	
			Oui	Non

Permis de conduire A B C D E C

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

Demandeur d'emploi : Oui Non

N° _____ Date d'immatriculation : _____

Pôle Emploi Schoelcher Kerlys Lamentin Marin

Rivière-Salée Trinité Saint-Pierre Sainte-Marie

Bénéficiaire de l'ARE l'ASS l'ATI RSA

Montant de vos indemnités : _____

Salariés : Oui Non

Profession libérale : Oui Non

ACTIVITES SALARIEES ou FORMATION MILITAIRE

Dates		Emplois occupés	Employeurs (adresse)
Du	Au		

ACTIVITES EXTRA-PROFESSIONNELLES ou ASSOCIATIVES _____

AVEZ-VOUS DEJA SEJOURNE EN METROPOLE

Non Oui Lieux : _____

Raisons : _____

CONNAISSANCES EN METROPOLE

(Parents et/ou amis)

I. - Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Tél. : _____

PROJET PROFESSIONNEL : FORMATION / STAGE

Formation souhaitée _____

Métier envisagé _____

Avez-vous une promesse d'embauche ? Oui Non

Si oui, laquelle _____

Avez-vous un projet de création d'entreprise ? Oui Non

Si oui, lequel _____

Date de la demande

Signature du Candidat

Le présent dossier est confidentiel. Aucune information ne peut être communiquée à une tierce personne.