



ECOLE JOE'S ART CONCEPT  
6/10 RUE FRANCOIS GAUTHIER  
62300 LENS  
03 21 42 77 59 ou 06 50 85 19 75  
info@joes-art-concept.com



# DOSSIER DE CANDIDATURE 2020 ESTHETIQUE ALTERNANCE

## Partie réservée à l'école

Date de réception :

Date d'entretien :

Réponse :  Admis(e)  Refusé(e)  Liste d'attente

## VOUS AVEZ CHOISI :

- CAP Esthétique :  Contrat d'apprentissage  Contrat de professionnalisation  
 Baccalauréat Professionnel :  Contrat d'apprentissage  Contrat de professionnalisation

## INFORMATIONS PERSONNELLES

M.  Mme  Mlle

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : \_/\_/\_/\_/\_/\_/ VILLE : .....

TÉLÉPHONE : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ TÉLÉPHONE PORTABLE : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

EMAIL : .....

N° IDENTIFIANT POLE EMPLOI (SI INSCRIT(E)) : .....

DECLARE BENEFICIER DE LA RECONNAISSANCE TRAVAILLEUR HANDICAPE :  Oui  Non

SITUATION AVANT CONTRAT : .....

N° SÉCURITÉ SOCIALE : ..... NATIONALITÉ : .....

DATE DE NAISSANCE : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ LIEU DE NAISSANCE : .....

SITUATION MATRIMONIALE :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  
 Pacsé(e)  Concubinage  Veuf(ve)

NOMBRE D'ENFANT(S) : .....

TAILLE VESTIMENTAIRE : Haut : .....

TAILLE DE MAIN (GANTS) :  S  M  L

## INFORMATIONS FAMILIALES

Parents ou tuteurs :  Mr et Mme  Mr  Mme  Autres : .....

Situation du/des tuteurs(s) :  En couple  Mari(é)  Divorcé(s)  Veuf(ve)

NOM DU PÈRE OU DU CONJOINT (Rayer la mention inutile) .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ VILLE : ..... TEL : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

PROFESSION : ..... NOM DE L'EMPLOYEUR : .....

ADRESSE : .....

TEL PROF : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ PORTABLE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

NOM DE LA MÈRE ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ VILLE : ..... TEL : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

PROFESSION : ..... NOM DE L'EMPLOYEUR : .....

ADRESSE : .....

TEL PROF : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ PORTABLE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

## ÉTABLISSEMENTS FRÉQUENTÉS CES DERNIÈRES ANNÉES

Années	Classes et/ou Formations	Établissement / Ville

Langue(s) étrangère(s) étudiée(s) : .....

## DIPLÔMES OBTENUS

Années	Diplômes obtenus	Établissement / Ville

## EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES

Dates	Entreprises	Activités exercées	Emploi - Stage - Mission

## EMPLOYEUR

Employeur :  Privé  Public

Responsable du salon :  M.  Mme  Mlle

NOM : ..... PRÉNOM : .....

NOM DE L'INSTITUT : .....

ADRESSE DE L'INSTITUT : .....

CODE POSTAL : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ VILLE : ..... TEL : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

MAIL : ..... @ .....

N° DE SIRET : .....

CODE NAF : .....

EFFECTIF SALARIE DE L'ENTREPRISE : .....

CONVENTION COLLECTIVE APPLICABLE : .....

CODE IDCC DE LA CONVENTION : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

## TUTEUR OU MAITRE D'APPRENTISSAGE

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM D'USAGE : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

CODE POSTAL : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ VILLE : ..... TEL : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

MAIL : ..... @ .....

*(Diplôme du tuteur à fournir)*

*Quelles est votre préférence pour les jours de présence en formation ?*

*(Uniquement pour les contrats d'apprentissage. En contrat pro les cours ont lieu le lundi)*

Lundi & mardi

Mardi & jeudi

*Sous réserve du nombre d'élèves par groupe*

## PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

CV

Lettre de motivation

4 photos d'identités

1 photocopie de la carte d'identité (ou de la carte de séjour pour les étudiants étrangers)

Photocopie des 3 derniers bulletins scolaires

Certificat médical d'aptitude professionnelle

Photocopie des diplômes obtenus et relevé de notes correspondant

Certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense

6 enveloppes timbrées 50g pour les formations en 1 an

15 enveloppes timbrées 50g pour les formations en 2 ans

Diplôme du tuteur

Justificatif d'existence d'un compte bancaire au nom de l'apprenti