



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

Photo
d'identité
récente

DOSSIER DE CANDIDATURE 2021 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 : ___/___/___/___/___/

MAIL :@.....

PROFESSION : NOM DE L'EMPLOYEUR :

ADRESSE :

TEL PROF : ___/___/___/___/___/ PORTABLE : ___/___/___/___/___/

NOM DE LA MÈRE PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : ___/___/___/___/___/ VILLE : TEL : ___/___/___/___/___/

MAIL :@.....

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