

DEMANDE D'EMPLOI

Photo Récente

Veillez y inscrire
votre nom au verso

Emploi Sollicité :

Votre Etat Civil

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Nationalité :

Né(e) le : A :

Adresse complète :

N° de Téléphone :

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Union Libre

Nombre d'Enfants : Profession du Conjoint :

Situation Militaire : Service National Effectué Exempté ou Réformé Sursitaire

Vos études

Si vous travaillez depuis 10 ans ou plus, indiquez uniquement les diplômes obtenus.

Enseignement Suivis	Diplômes Obtenus	Années
.....
.....
.....
.....
.....

Vos Formations

Si vous avez participé à un ou des stages, séminaires.

Thèmes	Organismes	Années
.....
.....
.....
.....
.....

Votre Expérience Professionnelle

Depuis le début de vos activités professionnelles

Nom et Activité de l'Entreprise*	Fonction Occupée	Période	Motif du départ
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* Exemples : commerce, restauration, administration, bâtiment ...

→ Si vous travaillez actuellement :

Nom de votre employeur :

Quelles sont vos fonctions ?

Quel est votre statut (pour une demande de mutation) ?

Date à laquelle vous pourriez vous rendre disponible

→ Si vous êtes sans emploi actuellement :

	Oui	Non
Etes-vous inscrit à l'ANPE ? Date de la dernière inscription :		
Percevez-vous le RMI ?		
Etes-vous reconnu(e) travailleur handicapé(e) par la COTOREP ?		

Vos Motivations

Quelles sont les raisons professionnelles ou personnelles qui motivent votre candidature ?

.....

.....

.....

.....

.....

Divers

Ces trois dernières années, vous êtes-vous trouvé(e) dans l'une des situations suivantes ?

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Victime d'un accident de travail
ou d'une maladie professionnelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Nombre de jours : |
| Congé de maladie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Nombre de jours : |
| Congé de maternité | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Congé parental | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Possédez-vous un permis de conduire ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si Oui, le ou lesquels ? |

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date et Signature

Partie Réservee à l'Administration

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....