

INITIALE :
REMARQUE :

Dossier n°



204 RUE D'ALEMBERT
38150 SALAISE SUR SANNE
TEL. : 04 74 79 39 79 / FAX : 04 74 79 39 77



SAISON PRINTEMPS – ETE 2017

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

❖ ETAT CIVIL :

➤ NOM PRENOM(S)
NOM DE JEUNE FILLE

➤ ADRESSE
CP | | | | | VILLE
N° TELEPHONE PORTABLE

NATIONALITE VALIDITE TITRE DE SEJOUR/...../.....
DATE DE NAISSANCE/...../.....
DEPARTEMENT ET LIEU DE NAISSANCE

SITUATION DE FAMILLE CELIBATAIRE MARIE(E) DIVORCE(E)
 UNION LIBRE VEUF (VE) SEPRE(E)

NOMBRE D'ENFANTS | | |

➤ N° SECURITE SOCIALE
(Sous le régime d'une autre personne alors n'inscrivez rien)

DISPONIBLE DE A

➤ PEUT-ON VOUS CONTACTER POUR UNE PREMIERE SELECTION :

PAR MAIL → Email : PAR COURRIER

DATE D'INSCRIPTION/...../.....

SIGNATURE

TOURNER S.V.P. →

❖ **EXPERIENCES PROFESSIONNELLES :**

TRAVAUX EFFECTUES	EMPLOYEURS ADRESSES	ANNEE	DUREE	MOTIF DE DEPART
TRAVAIL DES FRUITS				
AUTRES ACTIVITES				

❖ **SITUATION DE TRAVAIL :**

- SALARIE ETUDIANT CHOMAGE depuis le
 AUTRE

❖ **ETUDES / FORMATIONS / LOISIRS :**

- COLLEGE LYCEE ETUDES SUPERIEURES

DIPLOMES OBTENUS :

ACTIVITES COMPLEMENTAIRES (pompiers, Associations...) :

SPORTS PRATIQUES :

- **PERMIS DE CONDUIRE :** V.L. (PERMIS B) P.L. CARISTE

- **AVEZ-VOUS UN MOYEN DE LOCOMOTION :** OUI NON

LEQUEL ?

SI NON, COMMENT PENSEZ-VOUS VENIR TRAVAILLER ?.... ..

❖ **SANTE :**

AVEZ-VOUS DES EMPECHEMENTS POUR SOULEVER DES CHARGES LOURDES ?

- OUI NON

ETES-VOUS RECONNU TRAVAILLEUR HANDICAPE (COTOREP) :

- OUI, à quel taux ?..... NON

QUEL EST-CE HANDICAP ?

PROBLEME DE SANTE RECENTS A SIGNALER :

- **PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT**

- **LIEN DE PARENTE** **N° TELEPHONE**.....