FICHE SIGNALETIQUE et de SITUATION

☐ **M** ☐ **Mme** ☐ **Mlle Nom** : _____ **Prénom** : _____

Numéro National d'Identification, INSEE (Sécu. Sociale) : I__I___I___I___I_____I_____I___I

Numéro INE : I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I Permis de conduire : ☐ oui ☐ non

Situation de famille : _____ Véhicule : ☐ oui ☐ non

Nationalité* : _____ * si vous êtes étranger et en possession d'un titre de séjour, merci de joindre une photocopie

Statut actuel : ☐ **Etudiant** ☐ **Apprenti/Contrat Pro.** ☐ **Demandeur d'emploi** ☐ **Salarié**

DERNIERE ACTIVITE PROFESSIONNELLE *(ne remplir que si vous candidatez en Formation Continue)*

Fonction exercée : _____

Ancienneté dans l'entreprise : _____ Temps plein/Temps partiel : _____

PARCOURS SOUHAITES (vous pouvez cocher plusieurs cases)

Option : ☐ Métrologie Industrielle **(MI)** ☐ Bureau d'Etudes et Maintenance en instrumentation & automatismes **(BEM)** ☐ Contrôle-Commande en production industrielle **(CC)**

STATUT souhaité ou prévisible pour la PROCHAINE ANNEE UNIVERSITAIRE

Formation Initiale

☐ **Etudiant** ☐ **Apprenti**

Demande de bourse en cours ☐ oui ☐ non **Entreprise déjà trouvée** ☐ oui ☐ non

Si oui précisez : _____

Formation continue

☐ **Demandeur d'emploi** ☐ **RSA** ☐ **Contrat de professionnalisation**

☐ **Salarié CDI** ☐ **Salarié CDD** **Entreprise déjà trouvée** ☐ oui ☐ non

Si oui précisez : _____

☐ **Autre statut de non salarié :** _____

☐ **Autre statut de salarié :** _____

Pensez-vous bénéficier d'un dispositif de prise en charge (si oui, lequel ?) : _____

FICHE AVIS DU RESPONSABLE DE FORMATION *(Formation initiale)*

Vous pouvez remplacer cette fiche par toute fiche de même nature en votre possession

Candidat

NOM : _____

Prénom **:** _____

Candidature au diplôme

☐ **LICENCE PROFESSIONNELLE Métiers de l'Instrumentation, de la Mesure et du Contrôle qualité (MIMC)**

MASTER Instrumentation, Mesure, Métrologie (IMM)

☐ 1ère année

☐ 2ème année parcours : _____

Formation suivie en _____ / _____

Intitulé de la formation : _____

Etablissement : _____

Adresse : _____

_____

_____

Responsable de la formation

Nom : _____

Prénom : _____

Fonction : _____

E-mail : _____

Tel : _____

Date : _____

Signature :

Avis sur la poursuite d'études

Cadre réservé à l'administration

FICHE AVIS DE RESPONSABLE DE STAGE *(Formation initiale)*

Vous pouvez remplacer cette fiche par toute fiche de même nature en votre possession

Candidat

NOM : _____

Prénom **:** _____

Candidature au diplôme

☐ **LICENCE PROFESSIONNELLE Métiers de l'Instrumentation, de la Mesure et du Contrôle qualité (MIMC)**

MASTER Instrumentation, Mesure, Métrologie (IMM)

☐ 1ère année

☐ 2ème année parcours : _____

Stage effectué en _____ / _____

Objet du stage : _____

Etablissement : _____

Adresse : _____

_____

_____

Responsable du stage

Nom : _____

Prénom : _____

Fonction : _____

E-mail : _____

Tel : _____

Date : _____

Signature :

Avis

Cadre réservé à l'administration