



**CHARGE DE FAMILLE**

ENFANTS À CHARGE OU L'AYANT ÉTÉ JUSQU'À L'ÂGE DE 16 ANS	Prénom	Né-e le	Prénom	Né-e le

**QUALIFICATIONS**

QUEL(S) DIPLOME(S) AVEZ-VOUS OBTENU(S) (indiquer la spécialité, l'option et précisez l'année) (1) ?

.....  
 .....

QUEL EST VOTRE NIVEAU SCOLAIRE FINAL ? .....

QUELLE(S) FORMATION(S) AVEZ-VOUS SUIVIE(S) EN DEHORS DE VOTRE SCOLARITÉ (2) ?

.....  
 .....

QUEL(S) PERMIS POSSÉDEZ-VOUS ?

B	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	CE	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
BE	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	D	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
C	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	DE	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Si vous êtes titulaire des permis B, BE, C, CE, D et DE, fournir la photocopie recto-verso de votre permis de conduire.

**EXCERCEZ-VOUS UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ?**

oui  non

Si oui laquelle ? .....

Dans quel secteur :

privé  public (Rappel : ce recrutement n'est pas offert aux personnes ayant la qualité de fonctionnaire titulaire)

TRAVAILLEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ TRAVAILLÉ POUR UNE ADMINISTRATION (ou un service public) ?

Oui  Non

ADMINISTRATION OU SERVICE	MÉTIERS (en toutes lettres)	Apprenti-e, contractuel-le, emploi d'avenir, titulaire, contrat unique d'insertion, vacataire, etc.	PÉRIODES	
			du	au

**RECONNAISSANCE EN QUALITÉ DE TRAVAILLEUR·EUSE EN SITUATION DE HANDICAP:**

Êtes-vous reconnu-e travailleur-euse handicapé-e par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des

Personnes Handicapées) ou précédemment par la COTOREP ?  oui  non

Si oui, devez-vous bénéficier d'aménagements d'épreuves ?

.....  
 .....

Merci de mentionner la date de validité de la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé : .....

(1) CAP, BEP, Bac Pro, BTS, DUT, licence, master...

(2) BAFA, CACES, SIAPP

**MOTIVATIONS**

Précisez ci-dessous vos motivations et compétences pour l'emploi souhaité :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**RESTRICTIONS POUR L'EMPLOI SOUHAITÉ :**

Cochez la case ci-contre si vous n'avez aucune restriction :

Ou précisez ci-dessous vos éventuelles contre-indications notamment restrictions physiques, sensorielles ou de tolérance pour l'emploi souhaité, notamment si vous avez des contre-indications relatives ou absolues en termes de :

station debout, de marche, de ports de charges, de force manuelle, de travail en flexion (nombre de kilogrammes, durée, fréquence)

Précisez : .....

de vision, de paroles, d'audition (vision de loin, de près, des couleurs, difficulté d'élocution)

Précisez : .....

de tolérance au bruit, aux poussières, aux vibrations

Précisez : .....

de tolérance au contact avec le public, au travail en groupe, de concentration, d'attention ou de lenteur

Précisez : .....

de temps complet, horaires variables, horaires atypiques notamment en semaine et week-ends, déplacements fréquents

Précisez : .....

Observations complémentaires :

.....  
 .....

Je, soussigné·e..... (NOM Prénom)  
 atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et reconnais avoir été avisé·e qu'en cas de  
 déclaration inexacte, je pourrais perdre le bénéfice de mon recrutement.

Fait à ....., le .....

Signature du·de la candidat·e