

BULLETIN D'INSCRIPTION MODULES PRO

1. LA/LE PARTICIPANT(E)

Mme Mlle Mr

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Date de naissance :

A

Dpt

N° de Sécurité Sociale :

E.Mail :

@

Tel portable :

2. SITUATION PROFESSIONNELLE

- Salarié(e) en esthétique
 Salarié(e) en reconversion professionnelle
 Travailleur indépendant
 Demandeur d'emploi :

Si oui, depuis quand ?

Financement envisagé : Financement personnel

Autres, précisez

NOM de l'ENTREPRISE

Code Postal :

Ville :

FAFCEA

AGEFOS

Quel est votre projet professionnel ?

3. MODULE(S) DE FORMATION ENVISAGE(S)

Module choisi :

Dates :

au

Durée :

Module choisi :

Dates :

au

Durée :

Pourquoi avez-vous choisi cette formation ?

Comment avez-vous connu notre école ?

4. SERIEZ-VOUS INTERESSE(e) PAR D'AUTRE(S) MODULE(S) ?

Oui

Non

Si oui, lequel ou lesquels (*classer vos choix en ordre croissant, ex : 1 pour votre 1^{er} choix...*)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vieillessement | <input type="checkbox"/> Nail Art | <input type="checkbox"/> Modelage californien |
| <input type="checkbox"/> Rajeunissement | <input type="checkbox"/> Semi Permanent | <input type="checkbox"/> Shiatsu |
| <input type="checkbox"/> Face Painting | <input type="checkbox"/> Autres, précisez : | <input type="checkbox"/> Pierres Chaudes |
| <input type="checkbox"/> Body Painting | | <input type="checkbox"/> Autres, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Motifs | | |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez : | | |
| | | |
| | | |

5. PIECES A FOURNIR (*uniquement pour les personnes extérieures à l'IFCB)

- Curriculum Vitae complet*
- Photocopie Recto/Verso de votre pièce d'identité*
- 1 timbre autocollant au tarif en vigueur*
- Photocopie du/des diplôme(s) obtenu(s)*
- Tout document attestant de vos aptitudes professionnelles*
- Le règlement en espèces ou en chèque à l'ordre de l'IFCB

IMPORTANT

Votre dossier COMPLET est à renvoyer directement à l'IFCB au plus tard 1 mois avant le début du module choisi

IFCB

Institut Formation Coiffure & Beauté

Module Formation

24 rue de l'Île de France

44600 SAINT NAZAIRE

Je soussigné(e)
renseignements ci-dessus.

certifie sur l'honneur l'exactitude des

Fait à

Le

Signature du stagiaire (et/ou) du représentant légal

Cachet et signature de l'entreprise



