



INVESTIR  
DANS VOS  
COMPÉTENCES



RÉGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTE

RÉGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTE



## FICHE PROJET D'ENTREE EN FORMATION

Organisme de formation destinataire :

Dispositif	Identification de la structure
<input type="radio"/> Qualification	<input type="checkbox"/> Pôle emploi <input type="checkbox"/> Mission locale <input type="checkbox"/> Cap emploi <input type="checkbox"/> Autres structures SPRO/CEP : .....
<input checked="" type="checkbox"/> Formation Linguistique	<input type="checkbox"/> Pôle emploi <input type="checkbox"/> Mission locale <input type="checkbox"/> Cap emploi <input type="checkbox"/> PLIE
<input type="radio"/> Dispositif Amont de la Qualification 2.0	<input type="checkbox"/> PSAD <input type="checkbox"/> Département <input type="checkbox"/> CIDFF <input type="checkbox"/> BIJ/PIJ
<input type="radio"/> Ecole de la deuxième chance (E2C)	<input type="checkbox"/> SIAE <input type="checkbox"/> Autres : .....
<input type="radio"/> Autre : .....	

Coordonnées et contact de la structure	
Nom / prénom : .....	Agence : .....
: .....	: .....

Bénéficiaire	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Ville : Semur-en-Auxois
: .....	: .....
Date de naissance :	Ville de naissance :
Nationalité : <input type="checkbox"/> française <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> autre (préciser) : .....	
Inscrit PE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	si oui, compléter N° identifiant Pôle Emploi : ..... Date d'inscription : .....

Bénéficiaire Obligation d'emploi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Double statut Salarié / Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser*) : .....
Bénéficiaire de l'aide au retour à l'emploi (ARE) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, date de fin : .....
Bénéficiaire de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Consentement pour la Mobilisation CPF <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Bénéficiaire d'un accompagnement spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, indiquer le nom du référent et la structure	

Qualification professionnelle ou diplôme obtenu (préciser la date) :  
.....

Niveau acquis Cadre Européen des Certifications 2019 (correspondance ancienne nomenclature) :

<input type="checkbox"/> 1 (VI) - Sans niveau	<input type="checkbox"/> 3 (V) - CAP, BEP	<input type="checkbox"/> 5 (III) - BTS, DUT, DEUG, DEUST	<input type="checkbox"/> 7 (I) - Master
<input type="checkbox"/> 2 (V bis) - Sans diplôme ou Brevet	<input type="checkbox"/> 4 (IV) - BAC, BP, BT	<input type="checkbox"/> 6 (II) - Licence, Master 1	<input type="checkbox"/> 8 (I) - Doctorat

Dispositif(s) de formation et/ou d'accompagnement réalisé(s) :  
.....

Projet professionnel défini : ☐ Oui ☐ Non - Si oui (métier ou secteur d'activité) :  
.....

Points de vigilance / freins identifiés :  
.....



INVESTIR  
DANS VOS  
COMPÉTENCES



RÉGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTÉ



Conclusions de l'entretien :

.....

.....

.....

Date

Ce document est à transmettre à l'organisme de formation visé par le projet d'entrée en formation :

[dflbfc@laliquebfc.org](mailto:dflbfc@laliquebfc.org)

**accompagné si besoin :**

- ☐ d'un document d'identité
- ☐ d'une attestation de droits à l'assurance maladie