



# AREP BOULOGNE

(Centre de formation du LYCEE PRIVE SAINT-JOSEPH)

26/30 route de Calais

62280 SAINT-MARTIN-BOULOGNE

Tél. : 03.21.99.06.99 – Fax : 03.21.99.06.83

N° déclaration d'activité : 31620136562

site : [www.st-jo.com](http://www.st-jo.com)

courriel : [sec.formations@st-jo.com](mailto:sec.formations@st-jo.com) / [alternance.contact@st-jo.com](mailto:alternance.contact@st-jo.com)

---

## TITRE PROFESSIONNEL : **AGENT DE PROPLETE ET D'HYGIENE**

---

**NOM D'USAGE :** \_\_\_\_\_

**NOM DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

**PRENOM :** \_\_\_\_\_

**SEXE :** MASCULIN / FEMININ (rayer la mention inutile)

**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

**LIEU DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

**DEPARTEMENT DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

**PAYS DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CP :** \_\_\_\_\_ **VILLE :** \_\_\_\_\_

**TELEPHONE PORTABLE :** \_\_\_\_\_

**TELEPHONE FIXE :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE MAIL :** \_\_\_\_\_

**EN CAS D'HOSPITALISATION :**

HOPITAL DUCHENNE

CLINIQUE COTE D'OPALE

**A COMPLETER POUR LES PERSONNES MINEURES D'AGE**

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REPRESENTANT LEGAL

	Père	Mère
NOM		
Prénom		
Nom de jeune fille		
Date de naissance		
Situation familiale <small>Mariés - Concubins- Célibataire Divorcés - Séparés - Autre</small>		
Adresse N° + rue		
Complément d'adresse		
Code postal		
Commune		
Courriel (e-mail)		
Téléphone		
Portable		
Profession		
Nom de l'employeur		
Adresse		
Téléphone		
Lieu principal de résidence du candidat	<p><input type="checkbox"/> Chez son père et sa mère    <input type="checkbox"/> Chez son père    <input type="checkbox"/> Chez sa mère    <input type="checkbox"/> Autre</p> <hr/> <p><b>Si autre : chez qui ?</b></p> <p>Nom : ..... Prénom : : .....</p> <p>Lien avec l'élève : .....</p> <p>Rue : .....</p> <p>Code Postal : ..... Ville : .....</p> <p>Téléphone : ..... Portable : .....</p>	



**Partie contractuelle : signature obligatoire du Père et de la Mère en cas de personne mineure d'âge à l'entrée en formation**

Signature du Candidat

Signature du Père ou Responsable

Signature de la Mère ou Responsable

**A COMPLETER PAR LE CANDIDAT**

Avez-vous une reconnaissance travailleur handicapé :

Oui (Fournir le Justificatif)

Non

**A COMPLETER PAR LE CENTRE DE FORMATION**

**Date de l'entretien :**

□ □ □ □ □ □ □ □

**Date de l'évaluation des prérequis :**

□ □ □ □ □ □ □ □

**Evaluateur / Recruteur :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**Conclusion :**

Individualisation du parcours (préciser) : \_\_\_\_\_

Transmission du dossier au référent handicap

Adaptation pédagogique nécessaire

Motif(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# **CONSTITUTION DU DOSSIER**

## **FORMATION 2025/2026**

- ➔ CV actualisé
- ➔ La photocopie de votre dernier diplôme OU relevé de notes du diplôme
- ➔ La photocopie de la Carte Nationale d'Identité ou du titre de Séjour (recto / verso)
- ➔ La photocopie de l'attestation de droits (Sécurité sociale)  
*(photocopie de carte vitale non acceptée)*
- ➔ La photocopie de l'attestation responsabilité civile  
(garantie reprise sur attestation assurance habitation)
- ➔ L'attestation de travailleur handicapé (si vous êtes reconnu(e))
- ➔ Copie JAPD ou recensement

<b>NE RIEN INSCRIRE</b>
<b>C1-DESSOUS</b>
Réservé à l'Adm. du Centre
<input type="checkbox"/>

*Conformément aux dispositions législatives de janvier 1978, ces informations feront l'objet d'un traitement automatisé.  
Tout droit de consultation et de rectification peut être effectué par simple correspondance à l'intention du Directeur de l'établissement.*