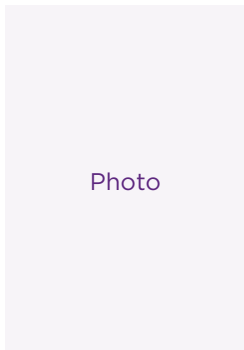


Cliquer pour télécharger



Prénom _____

Nom _____

DOSSIER DE CANDIDATURE

20_ / 20_

SPA LE PHARE HASNAOUI

Cité Cité Makam Chahid, Ilot J10

Sidi Bel Abbès, 22000 - Algérie

1 - LA FORMATION QUE VOUS DÉSIREZ INTÉGRER

2 - VOTRE ÉTAT CIVIL

NOM :

PRÉNOM :

SEXE : F M

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITÉ :

ADRESSE DE L'ÉTUDIANT :

CODE POSTAL :

VILLE :

PAYS :

TÉLÉPHONE :

PORTABLE :

E-MAIL :

3 - REPRÉSENTANT LÉGAL (SI MINEUR(E) NON ÉMANCIPÉ(E))

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

PAYS :

TÉLÉPHONE :

PORTABLE :

4 - VOTRE PARCOURS DE FORMATION

ÉTUDES SUPÉRIEURES (BAC INCLUS)

ANNÉES	DIPLÔMES OBTENUS	SPÉCIALITÉ	NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT

5 - LANGUES ET COMPÉTENCES

LANGUE 1 :	NIVEAU :	EXCELLENT	TRÈS BON	BON	MOYEN	MÉDIOCRE
LANGUE 2 :	NIVEAU :	EXCELLENT	TRÈS BON	BON	MOYEN	MÉDIOCRE

SÉJOURS ÉVENTUELS À L'ÉTRANGER	PAYS :	DURÉE :	ANNÉE :
	PAYS :	DURÉE :	ANNÉE :
	PAYS :	DURÉE :	ANNÉE :
	PAYS :	DURÉE :	ANNÉE :

CONNAISSANCES INFORMATIQUES

LOGICIEL 1 OU LANGAGE :	NIVEAU :	DÉBUTANT	MOYEN	CONFIRMÉ	COURANT
LOGICIEL 2 OU LANGAGE :	NIVEAU :	DÉBUTANT	MOYEN	CONFIRMÉ	COURANT
LOGICIEL 3 OU LANGAGE :	NIVEAU :	DÉBUTANT	MOYEN	CONFIRMÉ	COURANT

AUTRES INFORMATIONS :

6 - VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

STAGES ÉVENTUELS EN ENTREPRISE/ EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

ANNÉE	ENTREPRISE / LIEU	DURÉE	NATURE DE L'ACTIVITÉ

Quelles sont les professions que vous envisagez d'exercer à l'issue de vos études ?

PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE AU DOSSIER

Bulletins trimestriels/semestriels ou relevés de notes de l'année en cours et de l'année précédente

C.V.

Copie du relevé de notes du (ou des) dernier(s) diplôme(s) obtenu(s)

Copie d'une pièce d'identité valide ou du passeport

01 photo d'identité à coller sur l'emplacement prévu

7 - INFORMATIONS GÉNÉRALES (facultatif)

Pratiquez-vous un sport ? Si oui, fréquence et niveau

Quels sont vos passe-temps favoris ?

Comment avez-vous connu LEPHARE ?

SITE INTERNET

RÉSEAUX SOCIAUX

PUBLICITÉ (PRESSE/AFFICHAGE/RADIO)

BOUCHE À OREILLE

AUTRES, VEUILLEZ PRÉCISER :

À _____ le _____

SIGNATURE :

À réception de votre dossier de candidature, nous vous contacterons afin de valider votre date de session d'admission.

Pour nous appeler : 048 77 16 47 / 048 77 19 21

Pour nous écrire : info@lephare-dz.com

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

DOSSIER REÇU LE : _____

DOSSIER SAISI LE : _____

DATE DE RÉCEPTION DU (DE LA) CANDIDAT (E) : _____

NOM DU RESPONSABLE D'ADMISSION : _____

DATE TESTS ET ENTRETIEN : _____ NOTES TESTS : _____

ADMIS : OUI NON LISTE D'ATTENTE

SECTION: D'ADMISSION : _____

RYTHME : CLASSIQUE ALTERNÉ

DATE DE TRANSMISSION AU SERVICE ENTREPRISE LE : _____

RESPONSABLE PÉDAGOGIQUE : _____



Institut Privé de Formation Professionnelle
Cité Makam Chahid, Ilot J10, Sidi Bel Abbès, 22000 - Algérie
Tél : +213 (0) 48 77 03 17 / Fax : +213 (0) 48 77 03 01
info@lephare-dz.com • www.lephare-dz.com

SPA LE PHARE HASNAOUI, Filiale du Groupe des Sociétés HASNAOUI