



Établissement : **CCI HAUTES-ALPES FORMATION** Date de réception du dossier :

Responsable du centre de formation/CFA : **Aurélien BAILLE (07 86 05 09 81)**

Contact Gap (16 rue Carnot) : **Pascale STOUVENOT (06 33 65 65 61) & Magalie VINEY (07 72 50 39 10)**

Contacts Briançon : **Stéphanie DECK (07 88 44 79 52) & Sabine PEYRON (07 86 01 16 96)**

Référente Handicap : **Aurélien THAVEAU (06 49 48 72 57)**

DIPLOMES EN ALTERNANCE — Rentrée 2025

Site de Briançon

CAP CUISINE

CAP PATISserie

BP ARTS DE LA CUISINE

GESTIONNAIRE D'UNITÉ COMMERCIALE

ASSISTANT DE GESTION DES ADMINISTRATIONS ET DES ENTREPRISES

Site de Gap

BTS COMMUNICATION

BTS COMPTABILITE GESTION

RESPONSABLE DE DEVELOPPEMENT COMMERCIAL

CHARGE DE CLIENTELE PROFESSIONNELS ET PARTICULIERS BANQUE/ASSURANCE

Diplôme niv. 3 - 2 ans ☐

Diplôme niv. 3 - 2 ans ☐

Diplôme niv. 4 - 2 ans ☐

BAC+2 - Diplôme niv. 5 - 2 ans ☐

BAC+2 - Diplôme niv. 5 - 2 ans ☐

BAC+2 - Diplôme niv. 5 - 2 ans ☐

BAC+2 - Diplôme niv. 5 - 2 ans ☐

BAC+3 - Diplôme niv. 6 - 1 an ☐

BAC+3 - Diplôme niv. 6 - 1 an ☐

NOM & Prénom Sexe : F ☐ M ☐

Adresse

..... Tél

Email

Age ans Date et lieu de naissance ____/____/____/ à

Nationalité

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ (1) Pacsé(e) ☐ Autre ☐

(1) Si mariée **Nom de jeune fille**

Situation actuelle (avant de signer éventuellement un contrat d'alternance)

Étudiant, lycéen, ☐ Diplôme en cours

Salarié ☐ Nom de l'Entreprise..... depuis le

Poste occupé.....

Travailleur indépendant ☐ Activité.....

Demandeur d'emploi ☐ depuis le..... Type d'indemnisation (à préciser).....

Intitulé du dernier emploi.....

Autre ☐

☐ Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé ou Equivalence BOE

☐ Equivalence Jeunes

Je déclare avoir un **projet de création ou de reprise d'entreprise** : ☐ oui ☐ non

Dernier diplôme ou titre Préparé

Dernière classe ou année suivie Niveau d'étude.....

Domaine / filière..... Année.....

Nom de l'établissement..... Ville.....

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu

Dernière classe ou année suivie Niveau d'étude.....

Domaine / filière..... Année.....

Nom de l'établissement..... Ville.....

Expérience

Avez-vous de l'expérience en milieu professionnel ☐ non ☐ oui Durée.....

Si oui : Poste(s) occupé(s) Entreprise

.....
.....

- Avez-vous une entreprise pour effectuer votre formation **en alternance**? ☐ non ☐ oui

Si oui : Nom entreprise + coordonnées contact :

.....
- Avez-vous déjà contacté des entreprises ? ☐ non ☐ oui

Si oui : lesquelles ?.....

.....

Je soussigné(e)....., déclare sur l'honneur que tous les renseignements décrits dans le présent **dossier d'inscription** sont exacts.

A....., le.....

Signature du candidat :

Veuillez nous retourner les documents cités ci-dessous :

- Dossier d'inscription complété, daté et signé
- CV à jour, exploitable pour une recherche de contrat
- Lettre de motivation manuscrite précisant les raisons de votre inscription et la cohérence de cette formation avec votre projet professionnel et personnel
- Copie de vos diplômes ou équivalences
- Copie de vos bulletins de notes scolaires de la dernière année effectuée
- 1 photo d'identité, au format numérique (jpg)
- Attestation de votre journée d'Appel à la Défense

Les informations recueillies dans le présent dossier d'inscription font l'objet d'un traitement informatique, destiné à la gestion des formations proposées par CCI Hautes Alpes Formation et à satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification et/ou suppression de tout ou partie des données vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : dpo@hautes-alpes.cci.fr