

Madame Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

N° postal et localité : _____

Portable : _____ Tél. prof. : _____

Tél. privé : _____ E-mail : _____

Date de naissance : _____ Nationalité : _____

En cas d'éventuelle prise en charge

OCE

AI

Hospice général

Numéro d'AVS obligatoire : _____

A compléter et à nous adresser avec :

- Copie de votre carte d'identité/passeport

Par votre signature, vous acceptez l'utilisation de vos données personnelles dans le cadre de notre activité d'institution de formation professionnelle. Nous traitons vos données personnelles de manière confidentielle et conformément aux dispositions légales.

Date : _____ **Signature du-de candidat-e :** _____