

		<b>DOCUMENT</b>	Identification du document : <b>DC-5-04</b>
2223 avenue de Petite-Synthe 4 59640 Dunkerque TEL : 03.28.25.31.32 FAX : 03.28.61.97.99.		<b>DOSSIER DE CANDIDATURE          AGENT D'ENTRETIEN          AUXILIAIRE FAMILIALE          ASF - TISF          ADMINISTRATIF - RS          STAGIAIRE</b>	Date de la version . : <b>30 08 2022</b>
<a href="http://www.afadlittoral.fr">www.afadlittoral.fr</a>			Numéro de version.: <b>05</b>
		NORME NF X 50 - 056	Page 1 sur 3

Date \_\_\_\_\_ 202...

PHOTO

## IDENTITE

NOM DE JEUNE FILLE :		NOM :	PRENOM :
NATIONALITE :		DATE D'ENTREE EN FRANCE :	
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :			
ADRESSE : _____			
VILLE ; _____		CP : _____	
TELEPHONE : _____		MOBILE ; _____	
ADRESSE EMAIL : _____			
N° DE SECURITE SOCIALE :		N° DE CARTE DE SEJOUR :	
ETES-VOUS ACTUELLEMENT INSCRIT( E ) A POLE EMPLOI ? : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		SI OUI, DEPUIS QUELLE DATE :	
PERCEVEZ-VOUS UNE ALLOCATION CHOMAGE ? : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		° REFERENCE POLE EMPLOI : _____	
ETES-VOUS HANDICAPE CLASSE ET RECONNU ? : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		SI OUI, LAQUELLE : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
VOTRE ETAT DE SANTE EXIGE-T-IL UN MENAGEMENT ? :		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
ETES-VOUS TITULAIRE D'UNE PENSION D'INVALIDITE 1ERE CATEGORIE ? :		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
ETES-VOUS VACCINE CONTRE L'HEPATITE B ? :		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
VACCINATION A JOUR : TETANOS ? :		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
VACCINATION A JOUR : BCG ? :		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

## SITUATION DE FAMILLE

CELIBATAIRE	MARIE (E)	VIE MARITALE	DIVORCE (E)	VEUF (VE)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFANTS ? :	NOMBRE :	AGE :	NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE :	
TEMPS DE TRAVAIL SOUHAITE :				
ACCEPTEZ-VOUS DE TRAVAILLER LE SAMEDI ET/OU LE DIMANCHE ? :			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
ACCEPTEZ-VOUS DE TRAVAILLER DE NUIT ? :			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
ACCEPTEZ-VOUS DE FAIRE DES HORAIRES DECALES ? :			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

## DIVERS

<b>AVEZ-VOUS LE PERMIS DE CONDUIRE ? :</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
AVEZ-VOUS UNE VOITURE A DISPOSITION ? : :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AUTRES MOYENS DE LOCOMOTION ? : :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
ETES-VOUS MOBILE GEOGRAPHIQUEMENT ? : :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
DANS QUEL PERIMETRE ? :				

## FORMATION SCOLAIRE

ETABLISSEMENT	LIEU	CLASSE	ANNEE	DIPLOME

## CONNAISSANCES

PAR QUI OU COMMENT AVEZ-VOUS CONNU « NOM DE L'ASSOCIATION » ?
POUR VOUS, QU'EST-CE QUE LE SERVICE AIDE AU FAMILLE A DOMICILE ?
AVEZ-VOUS UNE EXPERIENCE ASSOCIATIVE ?

**EMPLOI RECHERCHE**

**TACHES RECHERCHEES :**

	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**DISPONIBILITES :**

A QUELLE DATE ETES-VOUS DISPONIBLE ? :	
EXERCEZ-VOUS UN AUTRE EMPLOI ? :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**HORAIRES DISPONIBLES**

**QUELS SONT LES HORAIRES DISPONIBLES POUR EXERCER CETTE PROFESSION : (COCHEZ LES HORAIRES DISPONIBLES)**

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	WEEK-END
AVANT 6 H						
06H – 08H						
08H – 10H						
10H – 12H						
12H – 14H						
14 H – 16 H						
16H – 18H						
18H – 20H						
20 H – 22H						
22 H 00 H ET NUI						

**REFERENCES PROFESSIONNELLES**

**VEUILLEZ INDIQUER CI-APRES, EN COMMENCANT PAR LE PLUS RECENT, VOS EMPLOIS SUCCESSIFS :**

NOM, ADRESSE DE L'EMPLOYEUR ET NATURE DE L'ACTIVITE	DE		A		TRAVAIL EFFECTUE
	MOIS	ANNEE	MOIS	ANNEE	
AVEZ-VOUS DANS VOTRE ENTOURAGE DES PERSONNES AGEES OU HANDICAPEES ? :	<input type="checkbox"/> OUI				
	<input type="checkbox"/> NON				

POUVEZ-VOUS LIBERER PLUSIEURS JOURS DE SUITE POUR SUIVRE DES FORMATIONS ? :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
---	------------------------------	------------------------------

**MOTIVATION**

**QUELLES SONT LES RAISONS QUI MOTIVENT VOTRE CANDIDATURE DANS NOTRE ASSOCIATION :**

**AUPRES DE QUEL TYPE DE PUBLIC AIMERIEZ-VOUS TRAVAILLER :**

PERSONNES RETRAITEES ? :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
FAMILLES AVEC ENFANTS	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
PERSONNES HANDICAPEES ? :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
PERSONNES EN ACTIVITE ? :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ENFANTS ? :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**PERSONNALITE**

**QUELS SONT, SELON VOUS ? LES PRINCIPAUX TRAITS DE VOTRE PERSONNALITE :**

**COMMENT DEFINISSEZ-VOUS LA PROFESSION D'INTERVENANT A DOMICILE :**

### ENFANT(S) VIVANT OU NON DANS VOTRE DOMICILE

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° SS	A CHARGE AU DOMICILE	SCOLARISE
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### OBSERVATIONS PERSONNELLES SUR VOS COMPETENCES ET QUALITES

VOTRE FAMILLE :

votre conjoint : Marié <input type="checkbox"/> OUI Pacsé <input type="checkbox"/> OUI concubinage <input type="checkbox"/> OUI vie maritale <input type="checkbox"/>					
NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N°SS	PROFESSION	
_____	_____	_____	_____	_____	

### PIECES A FOURNIR

- Une copie de Carte d'identité
- Une copie du carnet de santé et de vaccinations à joue
- Un relevé d'identité bancaire ou postal**
- Une photocopie de votre attestation sécurité sociale si vous êtes célibataire ou/et de **l'attestation sécurité sociale avec vos enfants et votre conjoint**
- Une photo d'identité,
- Une photocopie de votre carte de séjour si vous n'êtes pas de nationalité française,
- Une photocopie des rapports de stage,
- Une photocopie de vos diplômes,**
- Une photocopie de votre permis de conduire et attestation d'assurance transport de personne dans le cadre professionnel
- Attestation Pass Sanitaire
- Un extrait du casier judiciaire

COMMENTAIRES EVENTUELS :

DATE ET SIGNATURE.