



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

VAE **CAFDES** **DEIS** (*à cocher*)

I- CANDIDAT(E)

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénoms :

PHOTO

Date de naissance : **Âge :**

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse personnelle :

.....
.....
.....

Tél. : **Adresse mail :**

Diplômes obtenus et dates d'obtention :

.....
.....

Avez-vous une reconnaissance Travailleur Handicapé

Oui

Non



Demandez-vous à bénéficier d'aménagements liés à un handicap dans le cadre de votre accompagnement à la VAE

.....
.....

II- EMPLOYEUR

Nom et adresse professionnelle :

.....
.....

Tél. : **Adresse mail :**

Fonction actuelle :

Type d'établissement :

Modalité de financement de l'accompagnement

- Personnel
- Financier et/ou Employeur sur facture *

** Si financement employeur, coordonnées précises pour établir la convention de formation ainsi que la facturation à renseigner ci-dessous*

Raison Sociale :

.....
.....

Catégorie juridique :

N° Siret du financeur et/ou de l'employeur (s'il existe) :

.....

Adresse :

.....
.....

Représenté par :



- **Nom – Prénom** :

- **Fonction** :

- **Téléphones (fixe et/ou portable)**:

- **Adresse mail** :

III- ACCOMPAGNATEUR (à remplir par BUC Ressources)

Nom – Prénom :

A nous retourner avec les documents à joindre impérativement :

- Copie recto verso de votre CNI
- Copie de la recevabilité VAE (livret 1)





Accès aux personnes en situation de handicap

Nos formations peuvent être mises en accessibilité au regard de votre état de santé, nous sommes à vos côtés pour identifier les aménagements les plus adaptés, pour plus d'informations, contactez notre référent handicap: handi.campus@seay.fr

