

DOSSIER DE CANDIDATURE

MAITRISER LE TOUCH FOR HEALTH NIVEAU 1 A 5 (METAPHORES)

Identité :

NOM :

PRÉNOM :

Né(e) le : à :

Adresse

.....

Code postal : Ville : Pays :

N° tél. : N° port. :

E-mail :

Formation :

Diplômes obtenus :

.....

.....

.....

Langue maternelle :

Langues étrangères parlées :

Situation professionnelle :

Demandeur d'emploi Indemnisé Non indemnisé

Salarié Stagiaire

Autre :

Document actualisé le 16/07/2024

Comment évaluez-vous... (1 étant le faible, 4 le plus fort)

1) Votre qualité d'accueil	1	2	3	4
2) Votre sens de l'anticipation	1	2	3	4
3) Votre sens de l'observation	1	2	3	4
4) Votre gestion du stress	1	2	3	4
5) Votre sens de l'écoute	1	2	3	4
6) Votre respect pour la hiérarchie	1	2	3	4

Quelles sont vos motivations pour suivre la formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quel est votre objectif professionnel ?

.....

.....

.....

.....

.....

Êtes-vous reconnu en situation de handicap ?

Oui Non

Document actualisé le 16/07/2024



Si oui, un entretien téléphonique sera convenu avec votre formateur en amont de la formation afin d'évaluer votre situation et définir les mesures de compensation.

Avez-vous besoin d'aménagement particulier pour suivre le programme ?

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

Combien d'heures voulez-vous consacrer à la formation par semaine ?

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

ANALYSE DE LA VIABILITÉ DE VOTRE PROJET

Exposez en quelques lignes votre projet professionnel :

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

Document actualisé le 16/07/2024



Dans quelle mesure l'action de formation demandée s'inscrit dans votre projet professionnel ?

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

Quel est votre objectif personnel pour cette montée en compétences ?

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

Avez-vous des connaissances dans le domaine que vous souhaitez exploiter ?

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

Avez-vous une idée des fonds nécessaires au démarrage de votre activité ?

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

Document actualisé le 16/07/2024



Quel est l'objectif et quels sont les résultats que vous souhaitez atteindre dans votre future activité ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quelle clientèle cibleriez-vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quel est le nombre annuel de clients potentiels que vous pourriez avoir ?

.....

.....

.....

.....

.....

Expliquez le besoin auquel répond votre produit :

.....

.....

.....

.....

.....

Document actualisé le 16/07/2024



Quel est le chiffre d'affaires potentiel que vous espérez réaliser par an ?

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

Quels sont les facteurs qui pourraient freiner votre réussite ?

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

Je soussigné(e) :

Nom et Prénom :

certifie exact les renseignements fournis dans ce document.

Fait à

Le

Signature du candidat :

Document actualisé le 16/07/2024