**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**Situation Individuelle**

Nom :       Nom de jeune fille :

Prénom :

Nom et Prénom du père :

Nom et Prénom de la mère :

Numéro de sécurité sociale :

Date de naissance :       Lieu de Naissance :

Nationalité :

Adresse Postale :

Téléphone portable :       Téléphone fixe :

Adresse électronique :

**Situation familiale**

[ ] Célibataire [ ] PACSE(E) [ ] Veuf-ve

[ ] Marié(e) [ ] Vie maritale [ ] Divorcé(e)

Nom et Prénom du conjoint :

Activité du conjoint :

Employeur du conjoint :

**Enfants**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Date de naissance** | **Lieu de naissance** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

Nombre d’enfants à charge fiscale :

 **Diplômes obtenus**

Indiquer le libellé complet et la date d’obtention. Si diplôme dans le domaine de la santé, merci de préciser le numéro Adeli

1.
2.
3.
4.

**Expériences professionnelles**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’employeur** | **Date de début et fin (jj/mm/aaa** | **Fonctions occupées** | **Type de contrat et nombre d’heures hebdo** | **Motif de fin de contrat** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

Avez-vous déjà occupé un poste dans la fonction publique et/ou au CPN : [ ]  Oui [ ]  Non
Si oui, préciser l’établissement ou le service :

**Situation vis-à-vis de Pôle Emploi**

Etes-vous inscrit(e) à Pôle Emploi : [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, Date d’inscription :

Percevez-vous des Allocations de Retour à l’Emploi (ARE) : [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, Date d’effet :       Durée :

**Renseignements divers**

Etes-vous titulaire du Pass sanitaire : [ ]  Oui [ ]  Non

Etes-vous titulaire du permis de conduire : [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, quels permis détenez-vous : [ ] A [ ] B [ ] C [ ] D [ ] E

Autres, précisez :

Avez-vous une reconnaissance travailleur handicapé ? [ ]  OUI [ ]  NON

Etes-vous adhérent à la mutuelle MNH : [ ]  Oui [ ]  Non SI oui, Numéro adhérent :

Etes vous adhérent à la retraite complémentaire CGOS : [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, numéro adhérent :       Taux :

Laxou, le Date

Signature :