



# EXAMEN CQP APS

**A compléter impérativement**

CQP APS : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nouveau ● Candidat Libre ○ Ajourné Session ○ Ajourné Examen ○

**TITULAIRE SSIAP** (à jour avec la réglementation en vigueur)

OUI ○ NON ○

**\*Si OUI (joindre une copie de votre diplôme)**

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>NOM</b>                  |   |
| <b>Prénoms</b>              |   |
| <b>Date de naissance</b>    |   |
| <b>Statut Professionnel</b> | <input type="radio"/> Assedic<br><input type="radio"/> Autre<br><input type="radio"/> C.D.D.<br><input type="radio"/> C.D.I.<br><input type="radio"/> Demandeur d'Emploi<br><input type="radio"/> R.M.I.  |
| <b>Niveau d'Etudes</b>      | <input type="radio"/> Bac<br><input type="radio"/> Bac +2<br><input type="radio"/> Bac +3 et plus<br><input type="radio"/> BEP<br><input type="radio"/> BEPC ou CAP<br><input type="radio"/> Certificat d'Etude Primaire  |
| <b>Financier</b>            | <input type="radio"/> Assedic<br><input type="radio"/> Candidat<br><input type="radio"/> Conseil Général<br><input type="radio"/> Conseil Régional<br><input type="radio"/> Entreprise<br><input type="radio"/> Fongecif<br><input type="radio"/> Ministère<br><input type="radio"/> O.P.C.A.<br><input type="radio"/> Reconversion |

N° Sécurité Sociale : .....

N° Autorisation préalable (Préfecture) : .....