DOSSIER DE CANDIDATURE SECRETAIRE MEDICALE

Dossier à compléter dans son intégralité, écriture lisible, en lettres Capitales

Nom Marital : ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

Nom de naissance : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

Prénom : ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

Date de Naissance : ⌊⌊/⌊⌊/⌊⌊⌊⌊ **Age :** ⌊⌊

Lieu de Naissance : ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

Pays : ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

Reconnaissance RQTH : oui ⌊ **non** ⌊

tél. Etudiant :

⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊

Portable Etudiant :

⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊

E-Mail : ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊@⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

Photographie Récente Obligatoire

Coller SVP

Je pose ma candidature pour l'admission en :	
↳ **Secrétaire Médicale – Titre reconnu et certifié par l'Etat niveau IV – BAC**	❑

Adresse actuelle : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊
⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊

Code postal : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊ Ville : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊

E-Mail : ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊@⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊

Nationalité : ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

Situation de famille : ❑ Célibataire ❑ Marié(e)/Pacsé(e)/Vie maritale ❑ Autre :

N° d'identifiant pôle emploi : ⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊ (Chiffre + lettre)

Date dernière inscription Pôle-Emploi : ⌊⌊/⌊⌊/⌊⌊⌊⌊ Date de fin d'indemnisation : ⌊⌊/⌊⌊/⌊⌊⌊⌊

1. Votre formation

A - Etudes sanctionnées par un diplôme

_____Année : diplôme obtenu ❑ Oui ❑Non

_____Année : diplôme obtenu ❑ Oui ❑Non

_____Année : diplôme obtenu ❑ Oui ❑Non

- Obtention du baccalauréat : Année : ∟∟/∟∟/∟∟∟∟ Série :_____Mention : _____

- Etudes Supérieures suivies depuis le Baccalauréat :

Type de Formation	Etablissement	Ville	Année

B - Etudes ou formations complémentaires non sanctionnées par un diplôme

Type de Formation	Organisme / Intervenant…	Ville	Année

2. Votre connaissance des langues étrangères *(Les renseignements sont demandés à titre d'information)*

Langue maternelle : Français ❑ Autre ❑ Précisez : _____

Langues (Préciser)	Lu	Ecrit	Parlé
Langue 1			
Langue 2			
Langue 3			
Langue 4			

Degré de connaissance :
D ⇨ Faible
C ⇨ Moyen
B ⇨ Bon
A ⇨ Courant

3. Vos connaissances informatiques et bureautiques *(Les renseignements sont demandés à titre d'information)*

- Veuillez préciser le ou les systèmes que vous connaissez (PC, MAC...), les logiciels utilitaires que vous maîtrisez (Word, Excel, PowerPoint, Access...)

Code	PC	MAC	Word	Excel	PowerPoint	Internet
1.-. Débutant						
2.-. Faible						
3.-. Moyen						
4.-. Bon						
5.-. Excellent						

- Ordinateur portable **individuel** : ❑ Oui ❑ Non
- Ordinateur Familial : ❑ Oui ❑ Non

Avez-vous déjà un employeur susceptible de vous accueillir pour votre formation professionnelle ?

Oui ❑ Non ❑

Si oui lequel :
Dénomination de l'entreprise ∟∟∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟ ∟∟∟∟∟∟ ∟∟

Ville : ∟∟ ∟∟ ∟∟ ∟∟∟∟∟ ∟∟ ∟∟∟∟∟ ∟∟ ∟∟ Code Postal : ∟∟∟∟ ∟∟

Déplacements
Avez-vous votre permis de conduire V.L ? Oui ❑ Non ❑
Disposez-vous d'un moyen de déplacement personnel ? Oui ❑ Non ❑

4. Comment vous nous avez connu ?

……
……
.

5. Avez-vous un organisme d'accompagnement pour votre projet ?

(Missions locale, Ecole de la 2e chance, Maison de l'emploi, Cap Emploi etc.)
Organisme : ..... Ville : .....
Votre conseiller : ..... Tél : .....

Situation actuelle :	**Indemnités :**
❑ MISSION LOCALE	
❑ POLE EMPLOI	❑ ARE
❑ CDD CUI	❑ AH
❑ CDI CUI	❑ RSA
❑ AGEFIPH	❑ PI
❑ CSP	❑ ASS

Depuis le : ∟∟/∟∟/∟∟∟∟

6. Vous êtes-vous porté(e) ou vous portez-vous candidat dans d'autres établissements ?

Oui ❑ Non ❑
Si oui lesquels ? Citez-les par ordre de préférences en cas d'acceptation de votre dossier

1……
2……
3……

« Sachant que les informations que je vous communique peuvent faire l'objet d'une informatisation, par la présente, et conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, je vous donne mon accord pour que mon dossier soit enregistré.
J'autorise également Vidal Formation Réunion à présenter ma candidature à leurs entreprises partenaires ».

A……, le ∟∟/∟∟/∟∟∟∟ *Signature candidat :*

Les informations contenues dans ce dossier seront tenues confidentielles et ne seront utilisées que dans le cadre de la procédure d'admission. Ce dossier est personnel et doit permette de recueillir, outre les renseignements sur votre identité, les grandes lignes de votre projet de formation et optimiser ainsi votre orientation.

Expériences dans le domaine du secrétariat médical :
(Merci de Renseigner le nombre de mois ou d'années d'expériences) :

……

……

……

……

……

Pourquoi avez-vous choisi la formation de secrétaire médical(e) ?

……

……

……

Quelles sont vos principales qualités (3) ? Vos principaux défauts :

Qualités :…… /……/…….

Défauts :……/……/……...

Passions, loisirs, sports, centres d'intérêts….

……

……

Pourquoi le choix d'un employeur se porterait-il sur vous et non sur un autre candidat ?

……

……

Quelles sont vos attentes vis-à-vis d'un employeur ?

……

……

……

……

Avez-vous eu des aménagements ou pensez-vous avoir besoin d'aménagements pendant votre scolarité (raisons de santé, difficultés d'apprentissage, handicap) ?

……

……

……

……

Remarque : Quelle que soit votre situation, vous n'êtes pas dans l'obligation de répondre à cette partie de la fiche.
Les informations que vous pourrez éventuellement nous transmettre resteront totalement confidentielles et ne seront pas divulguées en dehors du seul cadre de votre entretien de positionnement sans votre accord écrit et explicite.

Ces informations visent à nous aider à mieux vous accompagner tout au long de votre parcours visant le Titre Secrétaire médicale. Selon votre situation, et uniquement si vous le désirez et selon vos besoins individuels et spécifiques, il est possible de mettre en œuvre des aménagements de votre parcours de formation et/ou des adaptations des modalités d'évaluation dans la cadre de la compensation de situation de fragilité ou de handicap.

Pour tout complément d'information, vous pouvez contacter le référent du centre de formation en vous rapprochant de l'accueil de votre centre de formation par téléphone, mail ou physiquement

Situation de fragilité et aménagements de mon parcours	
Je dispose d'une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH)	☐ Non ☐ Oui, mais je ne souhaite pas la préciser à l'écrit ☐ Oui, elle concerne : ☐ Je ne souhaite pas répondre
Je dispose d'une notification (MDPH ou avis médical) en lien avec une situation de handicap ou de fragilité	☐ Non ☐ Oui, mais je ne souhaite pas la préciser à l'écrit ☐ Oui, elle concerne : ☐ Je ne souhaite pas répondre
Je souhaite que mon tuteur / maître d'apprentissage / employeur en soit informé	☐ Non, en aucun cas je ne souhaite qu'il soit informé ☐ Oui, mais je lui transmettrai l'information personnellement ☐ Oui, j'accepte que le centre de formation échange de ma situation avec mon tuteur / maître d'apprentissage / employeur
Je souhaite faire valoir mes droits à l'aménagement de mon parcours de formation au regard de mes besoins spécifiques	☐ Non, à ce jour je ne le souhaite pas. ☐ Oui, je souhaite bénéficier des aménagements / adaptations de mon parcours de formation ☐ Je ne sais pas, je souhaite en échanger avec le centre de formation
Je souhaite faire valoir mes droits à l'adaptation des modalités d'évaluation des épreuves au regard de mes besoins spécifiques	☐ Non, à ce jour je ne le souhaite pas. ☐ Oui, je souhaite bénéficier des aménagements / adaptations des modalités d'évaluation des épreuves ☐ Je ne sais pas, je souhaite en échanger avec le centre de formation

Pièces à joindre impérativement pour l'étude de votre dossier de candidature de secrétaire médicale

1. Inscription
Tous les candidats doivent adresser le présent dossier de candidature complet avec l'ensemble des pièces demandées à l'adresse ci-dessous.

2. Pré-sélection sur dossier
Les dossiers de candidature sont étudiés au fur et à mesure de leur réception.

3. Test

4. Entretien personnalisé
Un mail vous sera adressé pour valider votre candidature.

- **1 photo** d'identité récente en couleur
- Photocopie de la **carte d'identité**
- Photocopie de la **carte de séjour** (étudiants étrangers)
- Photocopies des **diplômes** ou relevé de notes
- Un **C.V**
- **Une lettre de motivation**
- **Une lettre de recommandation ancien employeur**
- **Attestation** de la Sécurité Sociale ou photocopie de la **Carte Vitale (à ramener lors de la signature du contrat)**
- **Attestation d'inscription au Pôle Emploi**

(Si inscrit – obligatoire pour les plus de 26 ans)

Votre dossier est valable un an à compter de la date d'acceptation.

Dossier à retourner par voie postale ou à apporter impérativement le jour du rendez-vous accompagné des pièces demandées
A l'adresse suivante :

VIDAL FORMATION REUNION
2 Avenue Laurent Verges
97432 Ravine des Cabris
02.63.04.56.96
smvidalformation@gmail.com

Politique d'utilisation des données *:*
Les informations recueillies sur ce dossier de candidature sont enregistrées dans un fichier informatisé par Vidal Formation dont le siège social est situé au 11 RUE DU ONZE NOVEMBRE 1918, 31300 TOULOUSE. Le traitement des données personnelles vous concernant, qui est fait dans ce dossier de candidature, respecte les obligations légales en vue d'assurer la gestion et le suivi de votre candidature à un de nos parcours de formation ainsi que l'envoi d'actualités sur nos formations, et celles proposées par nos partenaires, susceptibles de répondre à vos choix d'orientation. Vous serez alors inscrit(e) dans un fichier prospect*. Vidal Formation vient à ne collecter que des données strictement nécessaires à la finalité déclarée de ce traitement. Les données collectées seront communiquées seulement au Service Admission de Vidal Formation, puis lors de l'inscription à une formation, au Service Pédagogique des Écoles. Votre CV («curriculum vitae») pourra être transmis à l'entreprise susceptible de vous embaucher dans le cadre d'un contrat en alternance, dès le moment de votre admission. Les données collectées seront transmises à l'OPCO au moment de la signature du contrat en alternance. Ces données pourront être transmises aux organismes publics dans le respect de la sécurité et de la confidentialité des données, et ce pour satisfaire nos obligations légales, réglementaires ou conventionnelles. Ces données pourront être transmises aux organismes publics dans le respect de la sécurité et de la confidentialité des données, et ce pour satisfaire nos obligations légales, réglementaires ou conventionnelles. Ces données personnelles sont conservées pour la durée de 1 ans pour les prospects. Pour les personnes inscrites à Vidal Formation, ces données seront conservées tout au long de la formation et pour une durée supplémentaire de 5 ans après la fin de la formation. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux fichiers et aux Libertés et au chapitre III du RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement, de retrait de consentement (sans porter atteinte à la légitimité du traitement fondé sur le consentement effectué avant le retrait de celui-ci), de suppression de vos données et à la portabilité des données qui vous concernent. Pour exercer ces droits, vous pouvez nous envoyer un message à l'adresse mail suivante : smvidalformation@gmail.com, ou par voie postale au 2 Avenue Laurent Verges 97432 Ravine des Cabris. Au besoin, en fonction de la demande, Vidal Formation est en droit de vous demander de compléter votre message par une demande écrite et signée, accompagnée d'une copie du titre d'identité avec signature du titulaire de la pièce, en précisant l'adresse à laquelle la réponse doit être envoyée. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés» ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

*«Prospect» signifie toute personne potentiellement intéressée par un parcours de formation.