

CQP : BULLETIN D'INSCRIPTION

MISE A JOUR AU 15/03/2022

Document à remplir par l'entreprise et à transmettre à la CPNE avant le début de la démarche CQP :
Par mail à SecretariatCPNE@fcd.fr (objet : Inscription CQP)
Ou par voie postale au Secrétariat de la CPNE co/FCD, 12 rue Euler, 75008 Paris

CQP VISE : Cocher la case correspondante

EMPLOYÉ DE COMMERCE :

EMPLOYÉ/E DE COMMERCE - DOMINANTE CAISSE

EMPLOYÉ/E DE COMMERCE - DOMINANTE RAYON

EMPLOYÉ/E DE COMMERCE - RAYON EXCLUSIF

Cocher en complément la case correspondant à l'option supplémentaire éventuellement choisie :

OPTION TRAITEMENT D'UNE COMMANDE DRIVE

OPTION SUIVI QUALITÉ ET EXPERTISE PRODUITS BOUCHERIE

OPTION CUISSON DU PAIN ET VIENNOISERIES

ANIMATION/MANAGEMENT EN MAGASIN :

ANIMATEUR/TRICE OPÉRATIONNEL(LE) EN MAGASIN

L'option complémentaire « Gestion et animation opérationnelle d'un rayon » est-elle choisie ?

Oui Non

MANAGER OPÉRATIONNEL(LE) EN MAGASIN

L'option complémentaire « Gestion et management opérationnel d'un rayon » est-elle choisie ?

Oui Non

MANAGER OPÉRATIONNEL(LE) SPÉCIALITE GESTION D'UN POINT DE VENTE

MÉTIERS DE BOUCHE/VENTE DE PRODUITS :

BOUCHER/ÈRE

BOULANGER/ÈRE

PÂTISSIER/ÈRE

POISSONNIER/ÈRE

CAVISTE

VENDEUR/EUSE FROMAGES

VENDEUR/EUSE FRUITS ET LÉGUMES

VENDEUR/EUSE CHARCUTERIE

VENDEUR/EUSE DE PRODUITS NON ALIMENTAIRES

LOGISTIQUE/ENTREPÔT :

ANIMATEUR/TRICE OPÉRATIONNEL(LE) EN ENTREPÔT

MANAGER OPÉRATIONNEL(LE) EN ENTREPÔT

PRÉPARATEUR/TRICE DE COMMANDES

AGENT LOGISTIQUE (CQPI)



Entreprise

Raison sociale et Enseigne : _____

SIRET : _____

Convention collective nationale appliquée : _____

Adresse du site : _____

Code postal et ville du site : _____

Nom et fonction du référent sur le site : _____

Téléphone (ligne directe) : _____

Email : _____

Organisme de formation *(questionnaire charte à joindre au bulletin)*

Nom : **Institut Des Viandes - groupe IFRAP**

SIRET : **519 308 803 00021**

Adresse : **2 Allée Giacomo Puccini**

Code postal et ville : **42000 SAINT ETIENNE**

Nom et fonction du contact : **Anaïs ROGERS, directrice**

Téléphone (ligne directe) : **09 72 14 40 24**

Email : **a.rogers@idv-fr.org**

Tuteur Evaluator

Nom : _____

Prénom : _____

Email : _____



Candidat(s) (possibilité de transmettre sous format Excel)

Nom, prénom	Nom de naissance	Sexe (Femme/Homme)	Date de naissance	Dispositif de formation : Contrat de professionnalisation (CP), Compte personnel de formation (CPF), Plan de développement des compétences, Pro-A, POE, Conventionnement régional	Parcours : Formation, Mixte (Validation d'acquis/VAE + Formation), Validation d'acquis/VAE	Date de début et de fin de formation CQP (si formation)	Type de contrat : CDI, CDD

Je soussigné(e)*, _____, certifie avoir pris connaissance du référentiel du CQP visé et m'engage à le respecter.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :