

CQP : BULLETIN D'INSCRIPTION

MISE A JOUR AU 04/01/2024

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 MAGASIN
- EMPLOYÉ/E DRIVE

ANIMATION/MANAGEMENT EN MAGASIN :

- ANIMATEUR/TRICE OPÉRATIONNEL(LE) EN MAGASIN
- MANAGER OPÉRATIONNEL(LE) EN MAGASIN
- MANAGER OPÉRATIONNEL(LE) D'UN POINT DE VENTE

MÉTIERS DE BOUCHE/VENTE DE PRODUITS :

- BOUCHER/ÈRE
- BOULANGER/ÈRE
- PÂTISSIER/ÈRE
- POISSONNIER/ÈRE
- CAVISTE
- CONSEILLER/ERE VENTE DE PRODUITS ALIMENTAIRES
- CONSEILLER/ERE VENTE DE PRODUITS NON ALIMENTAIRES ET SERVICES

LOGISTIQUE/ENTREPÔT :

- ANIMATEUR/TRICE OPÉRATIONNEL(LE) EN ENTREPÔT
- MANAGER OPÉRATIONNEL(LE) EN ENTREPÔT
- PRÉPARATEUR/TRICE DE COMMANDES
- AGENT LOGISTIQUE (CQPI)



ECRIRE LISIBLEMENT

Entreprise

RAISON SOCIALE et NOM DE L'Enseigne : _____

SIRET (obligatoire) : _____

Convention collective nationale appliquée : _____

Adresse du site : _____

Code postal & ville : _____

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 (obligatoire) : **519 308 803 00021** _____

Adresse : **2 Allée Giacomo Puccini** _____

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

Nom et fonction du contact : **Stéphane BASILIO , Président** _____

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

Email : **contact@idv-fr.org** _____

Évaluateur

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 :