

DOSSIER D'ADMISSION

Aux parcours longs

Un dossier par personne et par formation

Nom et Prénom de l'alternant :

Raison Sociale de l'Entreprise : FOUSSIER

Cadre réservé à 2nd Academy

Candidature validée : Oui ☐ Non ☐

Corrélation entre le besoin et la formation : Oui ☐ Non ☐

Données personnelles : Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données personnelles vous concernant ayant été collectées par l'intermédiaire du site www.2nd-academy.fr ou par courrier.

Pour exercer ce droit, il vous suffit d'adresser un courrier postal. Toute demande de suppression de vos données implique cependant la clôture de votre compte Client. Les données personnelles vous concernant, recueillies par l'intermédiaire de ce bulletin d'inscription, en ligne ou non, sont utilisées par 2nd ACADEMY uniquement dans le cadre de la mise en œuvre des services liés à votre inscription et ne font l'objet d'aucune communication à des tiers.

LE STAGIAIRE

NOM :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Mail :

Adresse Personnelle :

Code Postal :

Ville :

Mineur : Majeur :

Situation de Handicap : Oui Non

Si oui les mesures d'adaptations à envisager : cf fiche accompagnement PSH

PIÈCES À FOURNIR (OBLIGATOIRE POUR LA VALIDATION DU DOSSIER) :

CV :

COPIE DU DERNIER DIPLOME OBTENU :

COPIE Carte d'Identité :

LA FORMATION

Intitulé du parcours de formation :

Commercial Itinérant

☒ QOFI ☒ SACHA ☐ ELEC ☒

Vendeur au Comptoir

☐ QOFI ☐ SACHA ☐ ELEC ☐

Commercial Sédentaire

☐ QOFI ☐ SACHA ☐ ELEC ☐

QOFI : Quincaillerie / Outillage / Fournitures inustrielles

SACHA : Sanitaire / Chauffage

ELEC : Electricité

TYPE DE CONTRAT ENGAGÉ AVEC LE STAGIAIRE :

Apprentissage (- de 30 ans) : ☒

Plan (Auto-financement) : ☐

Contrat Pro : ☐

POEIC : ☐

CPF : ☐

Autres : ☐

PRO A ☐

à préciser.

Vérification des Pré-requis : ☐
(Diplômes pour Commercial Itinérant)

L'ENTREPRISE

Raison Sociale : **FOUSSIER**

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

N° SIRET :

Convention Collective : **3243**

Personne chargée du dossier d'admission :

NOM :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Mail :

Tuteur ou Maître d'apprentissage :

NOM :

Prénom :

Mail :

Téléphone :

Poste :

Formation tuteur : Oui ☐ Non ☒

Si oui, date de formation :

L'entreprise s'engage à respecter les droits et les devoirs de l'entreprise et de l'alternant (y compris de l'apprenti si concerné) : ☒

LA FACTURATION

Adresse si différente de l'entreprise : ZA du Monné, 21, rue du Châtelet

Code Postal : **72700**

Ville : **ALLONNES**

Si tout ou partie du règlement est effectué par votre OPCO (ou un autre financeur) :

NOM OPCO: **AKTO INTERGROS**

Nom correspondant formation : **PINTEAU Quentin**

Téléphone : **07 65 75 51 32**

Mail : quentin.pinteaup@akto.fr

Date, signature et cachet de l'entreprise

A retourner par mail : g.blasquez@2nd-academy.fr

Par Courrier : 2nd ACADEMY

Parc WILSON - Bâtiment B4 - 31 rue Wilson

69150 DECINES-CHARPIEU

Document mis à jour le 16/06/2026