

Droit au retour en formation initiale (DARFI) Autre situation

Département d'origine :
 FORMATION DEMANDÉE (précisez la spécialité) :
 ÉTABLISSEMENT : VILLE :
 C'EST MON CHOIX N°..... sur

▼ **PARTIES ci-dessous à reproduire en autant d'exemplaires que de vœux exprimés et de dossiers effectués** ▼

NOM (en lettres capitales) : Prénom : Sexe : F M
 Date et lieu de naissance : Département : Nationalité :
 Adresse :
 Représentant légal 1 éventuellement (obligatoire pour les mineurs) Représentant légal 2 éventuellement (obligatoire pour les mineurs)
 NOM et Prénom : NOM et Prénom :
 Adresse : Adresse :
 N° de téléphone : N° de téléphone :

VŒUX (à remplir de préférence lors de l'entretien avec le ou la psychologue de l'Education nationale)
Tous les candidats peuvent formuler jusqu'à 10 vœux au total

N° ordre de préférence	ÉTABLISSEMENT - VILLE	Régime Int-Ext.-1/2Pens.	LV A/LVB Précisez	FORMATION et SPÉCIALITÉ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

INDIQUER AVEC PRÉCISION la CLASSE suivie et L'ÉTABLISSEMENT fréquenté pendant les 3 dernières années de scolarité

ANNÉES	CLASSE (précisez la section ou l'option)	ÉTABLISSEMENT - LOCALITÉ
-		
-		
-		

DIPLÔMES OBTENUS	OPTION	ANNÉE

LANGUES ÉTUDIÉES	Nbre d'années

SITUATION ACTUELLE DU CANDIDAT / DE LA CANDIDATE

- Demandeur d'emploi de 16 à 25 ans Adulte souhaitant une formation pour reprendre une activité professionnelle
 Autre situation :

EXPERIENCE(S) PROFESSIONNELLE(S) (Emplois occupés, stages suivis, durée)

NOM :

Prénom :

CADRE À RENSEIGNER PAR LE OU LA PSYCHOLOGUE DE L'EDUCATION NATIONALE
qui évaluera notamment la pertinence du projet et qui estimera la capacité d'adaptation du candidat / de la candidate après entretien

Fait à le Signature,

Nom et qualité du signataire :

OBSERVATIONS EVENTUELLES DU CANDIDAT OU DE LA CANDIDATE

A Le

Signature du candidat / de la candidate ou des représentants légaux pour les candidats mineurs :

Nom et prénom du représentant légal (si candidat mineur) :