



DOSSIER DE CANDIDATURE

Manager styliste ongulaire

Identité :

NOM :

PRENOM :

Né(e) le : à :

Adresse

.....

Code postal : Ville : Pays :

N° tél. : N° port. :

E-mail :

Formation :

Diplômes obtenus :

.....

.....

.....

Langue maternelle :

Langues étrangères parlées :

Situation professionnelle :

☐ Demandeur d'emploi

☐ Indemnisé

☐ Non indemnisé

☐ Salarié

☐ Stagiaire

Autre :

Document actualisé le 07/05/2024



Comment évaluez-vous... (1 étant le faible, 4 le plus fort)

1) Votre qualité d'accueil	1	2	3	4
2) Votre sens de l'anticipation	1	2	3	4
3) Votre sens de l'observation	1	2	3	4
4) Votre gestion du stress	1	2	3	4
5) Votre sens de l'écoute	1	2	3	4
6) Votre respect pour la hiérarchie	1	2	3	4

Quelles sont vos motivations pour suivre la formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quel est votre objectif professionnel ?

.....

.....

.....

.....

.....

Êtes-vous reconnu en situation de handicap ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, un entretien téléphonique sera convenu avec votre formateur en amont de la formation afin d'évaluer votre situation et définir les mesures de compensation.

Avez-vous besoin d'aménagement particulier pour suivre le programme ?

Document actualisé le 07/05/2024



.....

.....

.....

.....

.....

Combien d'heures voulez-vous consacrer à la formation par semaine ?

.....

.....

.....

.....

.....

Document actualisé le 07/05/2024



ANALYSE DE LA VIABILITÉ DE VOTRE PROJET

Exposez en quelques lignes votre projet professionnel :

.....

.....

.....

.....

.....

Dans quelle mesure l'action de formation demandée s'inscrit dans votre projet professionnel ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quel est votre objectif personnel pour cette montée en compétences ?

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous des connaissances dans le domaine que vous souhaitez exploiter ?

.....

.....

.....

Document actualisé le 07/05/2024



.....

.....

Avez-vous une idée des fonds nécessaires au démarrage de votre activité ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quel est l'objectif et quels sont les résultats que vous souhaitez atteindre dans votre future activité ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quelle clientèle cibleriez-vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quel est le nombre annuel de clients potentiels que vous pourriez avoir ?

.....

.....

.....

Document actualisé le 07/05/2024



.....

.....

Expliquez le besoin auquel répond votre produit :

.....

.....

.....

.....

.....

Quel est le chiffre d'affaires potentiel que vous espérez réaliser par an ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quels sont les facteurs qui pourraient freiner votre réussite ?

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e) :

Nom et Prénom :

certifie exact les renseignements fournis dans ce document.

Document actualisé le 07/05/2024



Fait à

Le

Signature du candidat :

Document actualisé le 07/05/2024

INSTITUT GRIFFE D'OR 4 PLACE PLANCHAT , 18000 - BOURGES – Siret : 48228722400018 – Enregistré sous le n°24180080818 auprès du préfet de région : Centre-Val de Loire – Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État. – Naf : 96.02B – TVA : FR81482287224 – RCS : BOURGES 482 287 224 R.C.S. Bourges – Capital : 8000 € – Tel : 02 48 66 46 33 – Email : griffedor18@orange.fr – Site internet : <https://griffedorbourges.fr/>