

CHARGE DE FAMILLE

**ENFANTS À CHARGE
OU L'AYANT ÉTÉ
JUSQU'À L'ÂGE DE
16 ANS**

Prénom	Né.e le	Prénom	Né.e le

Avez-vous à charge une personne ouvrant droit aux allocations prévues pour les handicapés (taux d'invalidité égal ou supérieur à 80 %) ? oui non

Êtes-vous reconnu.e travailleur.euse handicapé.e par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) ou précédemment par la COTOREP ? oui non

Si oui, voir la rubrique «personnes handicapées» sur le site www.paris.fr.

QUALIFICATIONS

QUEL(S) DIPLOME(S) AVEZ-VOUS OBTENU(S) (indiquer la spécialité, l'option et précisez l'année) (1) ?

.....

QUEL EST VOTRE NIVEAU SCOLAIRE FINAL ?

QUELLE(S) FORMATION(S) AVEZ-VOUS SUIVIE(S) EN DEHORS DE VOTRE SCOLARITÉ (2) ?

.....

QUEL(S) PERMIS POSSÉDEZ-VOUS ? B oui non CE oui non
 BE oui non D oui non
 CE tonnage limité oui non DE oui non

Si vous êtes titulaire des permis B, BE, C, CE sans limitation de tonnage, D et DE, fournir la photocopie recto-verso de votre permis de conduire.

AVEZ-VOUS DÉJÀ TRAVAILLÉ POUR UNE ADMINISTRATION (ou un service public) ? oui non

ADMINISTRATION OU SERVICE	GRADE (en toutes lettres)	STATUT	PÉRIODES	
			du	au

MOTIVATIONS

PRÉCISEZ CI-DESSOUS VOS MOTIVATIONS ET COMPÉTENCES POUR L'EMPLOI SOUHAITÉ :

.....

Je, soussigné.e..... (NOM Prénom)
 atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et reconnais avoir été avisé.e qu'en cas de déclaration inexacte, je pourrais perdre le bénéfice de mon recrutement.

Fait à, le

Signature

(1) CAP, BEP, Bac Pro, BTS, DUT, licence, master...
 (2) BAFA, CACES, SIAPP...