



Centre de formation  
SIG - Télédétection - Environnement  
Email : sigotm@sigotm.com  
Tél. : +33 (0) 2 30 88 12 99 /+33 (0) 6 23 41 36 70

---

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## Titre professionnel Technicien Supérieur en SIG

Titre de niveau III du ministère du travail

Certification reconnue par l'état au Répertoire  
National des Certifications Professionnel

Dossier à renvoyer complet avant :

- Le 27 juillet 2018 pour la session du 03/09/2018 au 07/03/2019
- Le 14 décembre 2018 pour la session du 02/01/2019 au 10/07/2019

## Documents à fournir

**Nous vous prions de bien vouloir joindre à votre dossier:**

- Profil stagiaire (modèle joint) complété avec précision + 1 photo
- Une copie recto verso de la carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité ou un titre de séjour
- Un CV détaillé
- Une lettre de motivation
- Une copie du dernier diplôme obtenu
- Une copie de votre statut
- Attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité
- Une copie de l'attestation CPAM adressée avec la carte vitale
- 1 Chèque de frais de dossier de 60€ libellé à l'ordre de SIGOTM. Cette somme ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement

Le dossier complet doit être retourné à l'adresse suivante :

**SIGOTM**

1, rue des saules

35510 Cesson sévigné

*Pour tout complément d'information, n'hésitez pas à nous joindre au 02.30.88.12.99 ou [sigotm@sigotm.com](mailto:sigotm@sigotm.com)*

## PRESELECTION

- Une première sélection sera faite sur dossier. Les candidats présélectionnés seront convoqués aux tests de sélection.

## TEST DE SELECTION

Le test de sélection comprend :

- Une épreuve pratique d'informatique sur ordinateur (2h)
- Un entretien individuel (15 mn).



## Informations candidat

Photo à  
coller

**NOM D'USAGE:**.....  
**Nom de naissance :**.....  
**Prénoms :**.....  
**Date de naissance :**.....  
**Lieu de naissance..... N° de Dépt.....**  
**N° de sécurité sociale :**.....  
**Adresse:**.....  
**CP - Ville :**.....  
**N° de téléphone :**.....  
**N° de téléphone portable :**.....  
**Adresse e-mail :**.....  
**Nationalité :**.....

## Parcours candidat

### Formation

Dernière classe scolaire ou universitaire suivie ? .....

Année : .....

Quel est le diplôme le plus élevé obtenu?.....

Année d'obtention : .....

Autres Diplômes : .....

### Situation actuelle

#### •Vous avez une activité professionnelle rémunérée :

Quel est votre employeur ?

Dénomination : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... Tel : .....

Statut :  Association  Société  Collectivité  Etat

#### •Vous n'avez pas d'activité professionnelle rémunérée, êtes vous ?

Etudiant : Formation : ..... Lieu : .....

Demandeur d'emploi :

Inscrit POLE EMPLOI Agence de : ..... Depuis le : .....

N° Identifiant : ..... Indemnisé  OUI  NON

### Projet de financement de la formation

Votre formation sera :

A votre charge

Financée par :

FONGECIF/OPCA

Autre .....

Je certifie l'exactitude des informations fournies dans ce dossier

A: \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature

