



# CENTRE DE FORMATION PROFESSIONNELLE "NO LIMIT"

ARRÊTÉ/ORDER N°00000049/MINEFOP/SG/DFOP/SDOP/SARPRP

Site web: [www.nolimitacademy.org](http://www.nolimitacademy.org) / Email: [info@nolimitacademy.org](mailto:info@nolimitacademy.org) / Tel: 699 99 02 89 / 678 52 96 75

Photo 4x4

## FICHE D'INSCRIPTION AU CFP NO LIMIT

Ce formulaire peut être rempli électroniquement et dispose d'un contrôle de champ de saisie.

Veuillez respecter les consignes de remplissage de chaque champ de saisie.



### Informations du Candidat

Nom \_\_\_\_\_  
Name

Prénoms \_\_\_\_\_  
Surname

Date de Naissance \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_  
Birthday at

Sexe \_\_\_\_\_  
Gender

Adresse E-mail \_\_\_\_\_  
E-mail

Numéro(s) de Tel \_\_\_\_\_  
Phone(s) number

Adresse Complète \_\_\_\_\_  
Location

Langues Parlées \_\_\_\_\_

Décrivez vos objectifs Professionnels

### Informations des Parents | Garant | Tuteur légal

Nom \_\_\_\_\_  
Name

Prénoms \_\_\_\_\_  
Surname

Adresse E-mail \_\_\_\_\_  
E-mail

Numéro(s) de Tel \_\_\_\_\_  
Phone(s) number

Adresse Complète \_\_\_\_\_  
Location

Profession \_\_\_\_\_  
Profession

Filiation \_\_\_\_\_

### Antécédents Scolaires du Candidat

Dernier Diplôme \_\_\_\_\_  
Last Graduation

Date de délivrance \_\_\_\_\_  
Delivery date

Mention \_\_\_\_\_  
Graduation

### Antécédents Professionnels du Candidat (S'il y'a lieu)

Intitulé de la profession	Expérience	Début	Fin

Nom du Candidat: .....

### Informations sur la Formation Choisie

Je Souhaite une inscription pour la formation en :

---

### Informations de Consentement du Candidat

- Je confirme que les informations remplies sont correctes et vraies
- J'autorise le CFP NO LIMIT à les utiliser dans le cadre de mon suivi
- J'autorise le CFP NO LIMIT à partager ces informations aux partenaires académiques et stratégiques
- Je m'engage à respecter la réglementation du CFP NO LIMIT

Signature du Candidat