

CAP ÉQUIPIER POLYVALENT DU COMMERCE (EPC)

LE CANDIDAT (à remplir obligatoirement en MAJUSCULES)

NOM de naissance :
NOM marital :
Prénom :
Adresse complète :
Téléphone :
Établissement fréquenté :
RQTH (candidat avec Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, aménagement(s) mis en place :

ÉPREUVES PRATIQUES ET ORALES PONCTUELLES

LE MAGASIN (à remplir obligatoirement en MAJUSCULES)

Dénomination du magasin :
NOM de l'employeur :
Adresse du magasin :
Code postal : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
Téléphone du magasin ou du responsable (fonction) :
Nature des articles vendus (vêtements, chaussures, etc.) :
Jours et heures d'ouverture du magasin :
<input type="checkbox"/> Lundi horaires : <input type="checkbox"/> Vendredi horaires : <input type="checkbox"/> Mardi horaires : <input type="checkbox"/> Samedi horaires : <input type="checkbox"/> Mercredi horaires : <input type="checkbox"/> Dimanche horaires : <input type="checkbox"/> Jeudi horaires :