

CERTIFICAT DE SPECIALISATION NIVEAU 3 VENDEUR-CONSEIL EN ALIMENTATION

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 :	

ÉPREUVE PRATIQUE ET ORALE PONCTUELLE EN ENTREPRISE :

EP2 – Mise en œuvre, personnalisation, et développement de la relation client

LE MAGASIN (à remplir obligatoirement en MAJUSCULES)	
Dénomination du magasin :	
NOM de l'employeur :	
Adresse du magasin :	
Code postal :	Ville :
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"/> Jeudi horaires :
<input type="checkbox"/> Mardi horaires :	<input type="checkbox"/> Vendredi horaires :
<input type="checkbox"/> Mercredi horaires :	