

**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) :  OUI  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 :

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"/> 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 : .....    |  |