

DOSSIER DE CANDIDATURE

BTS CG

Comptabilité Gestion

DCG

Diplôme de Comptabilité et de Gestion

DSCG

Diplôme Supérieur de Comptabilité et de Gestion

CHOISISSEZ VOTRE CAMPUS

- Nice
- Paris
- Neuilly-sur-Seine (Deloitte)

TROIS CAMPUS

- Immeuble « LE CONSUL »
37-41 Boulevard Dubouchage
06000 NICE
- 183 Avenue Charles de Gaulle
92200 NEUILLY-SUR-SEINE
- 32 Rue de Paradis
75010 PARIS

contact@insecc.fr - gestion@insecc.fr
 relationsentreprises@insecc.fr
 04 89 22 20 80 - www.insecc.fr
 Inscription par sms au 06 64 69 68 08

DOSSIER À RETOURNER AVANT LE :

[RETOURNEZ LE DOSSIER AVANT LE :]

ÉCOLE SUPÉRIEURE D'EXPERTISE COMPTABLE

PROGRAMME EXPERTISE COMPTABLE

Classique Alternance

BTS CG

- BTS Comptabilité
 Gestion
 Année 1
 Année 2

DCG

- Diplôme de Comptabilité et de Gestion
 Année 1 (L1)
 Année 2 (L2)
 Année 3 (L3)

DSCG

- Diplôme Supérieur de Comptabilité et de Gestion
 Master 1
 Master 2



VOTRE ÉTAT CIVIL

Civilité :

- Madame Mademoiselle Monsieur

Nom :

Prénom :

Né(e) le : [RETOURNEZ LE DOSSIER AVANT LE :]

Ville :

Pays :

Nationalité :

N° de Sécurité sociale : [RETOURNEZ LE DOSSIER AVANT LE :]

Adresse :

Code Postal : [RETOURNEZ LE DOSSIER AVANT LE :]

Ville :

Pays :

Téléphone fixe : [RETOURNEZ LE DOSSIER AVANT LE :]

Téléphone portable : [RETOURNEZ LE DOSSIER AVANT LE :]

E-mail :

Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé : oui non en cours

PHOTO À COLLER

CADRE RÉSERVÉ À L'INSECC

Dossier reçu le : [RETOURNEZ LE DOSSIER AVANT LE :]
 courrier à l'école e-mail en ligne

Avis du jury :
 Admis(e) Refusé(e)

Commentaires :

[RETOURNEZ LE DOSSIER AVANT LE :]

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Père Mère

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Pays : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

E-mail : _____

Entreprise / Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU L'INSECC ?

Site Internet

Lequel : _____

Parcoursup

Ancien étudiant

Précisez son nom : _____

Salon

Lequel : _____

Cabinet comptable / Entreprise

Précisez : _____

Presse professionnelle

Précisez : _____

CIDJ

ONISEP

CIO

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription dans notre école. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au traitement des dossiers par la Commission Pédagogique. En application de l'article 34 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Si vous souhaitez utiliser ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à l'administration.

FORMATION ET PARCOURS PROFESSIONNEL

FORMATION

BACCALAURÉAT

BAC GÉNÉRAL STMG Autre : _____ Mention : _____

En cours d'obtention Obtenu En quelle année l'avez-vous obtenu :

Nom du lycée : _____ Etablissement : Public Privé

Code Postal : _____ Ville : _____

DIPLÔMES POST-BAC

ANNÉE	DIPLOÔME	OBTENU	EN COURS	INITIAL	ALTERNANCE	ÉTABLISSEMENT	CODE POSTAL VILLE
20[] / 20[]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20[] / 20[]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20[] / 20[]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20[] / 20[]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Avez-vous déjà validé des épreuves (UE) ? DCG : _____
DSCG : _____

LANGUE(S) PRATIQUÉE(S)

LANGUES CONNUES ET NIVEAU DE PRATIQUE

Langue vivante 1 : _____ Bilingue Opérationnel Scolaire Notions

Langue vivante 2 : _____ Bilingue Opérationnel Scolaire Notions

Autre Langue : _____ Bilingue Opérationnel Scolaire Notions

CONNAISSANCES INFORMATIQUES

NIVEAU DE CONNAISSANCES DES OUTILS INFORMATIQUES SUIVANTS (*si vous les avez pratiqués*)

Bureautique (Pack Office) : _____ Maîtrise Opérationnel Faible

Sage : _____ Maîtrise Opérationnel Faible

Ciel : _____ Maîtrise Opérationnel Faible

Autre(s) logiciel(s) : _____ Maîtrise Opérationnel Faible

□ Maîtrise □ Opérationnel □ Faible

VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL (*Jobs, Stages, Missions...*)

ANNÉE	ENTREPRISE(S)	FONCTION	TÂCHE(S) RÉALISÉE(S)

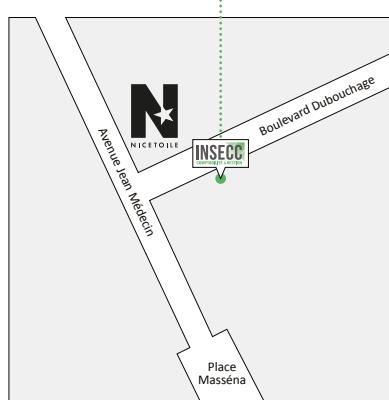


PROCÉDURE D'ADMISSION ET D'INSCRIPTION

- 1 Envoyer votre dossier de candidature à : la Commission Pédagogique de l'INSECC - 37 Boulevard Dubouchage - 06000 NICE.
- 2 Le dossier sera ensuite étudié par la Commission Pédagogique.
- 3 Une fois votre dossier validé, vous serez convoqué(e) à un entretien individuel.
- 4 La décision finale vous sera communiquée par courrier et par email.
- 5 L'inscription sera définitive à partir de la signature d'un contrat et d'une convention de formation (joindre le chèque d'acompte pour la formation initiale).

L'INSECC vous accompagne dans votre recherche d'entreprise et d'alternance, et vous conseille pour votre Curriculum Vitæ (CV).

Immeuble « LE CONSUL »
37-41 Boulevard Dubouchage
06000 NICE



contact@insecc.fr - 04 89 22 20 80
www.insecc.fr

PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DOSSIER

POUR TOUS LES CANDIDATS

- Deux photos d'identité.
- Photocopie des bulletins des deux dernières années d'études.
- Photocopie de vos diplômes + les relevés de notes.
- Photocopies des résultats : BAC - BTS - BUT - LICENCE.
- Photocopie des notes obtenues aux UE dans le cursus de l'Expertise Comptable.
- Photocopie de votre carte d'identité.

- Curriculum Vitæ (CV) à jour.
- Lettre de motivation.
- Photocopie du précédent contrat en alternance, s'il y a lieu.

Tout dossier incomplet ne sera pas examiné.

Les dossiers de candidature restent la propriété de l'INSECC et ne peuvent être restitués.

ENTREPRISE D'ACCUEIL

Entreprise / Raison sociale _____

Personne à contacter : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ portable : _____

E-mail : _____

RÉUNIONS D'INFORMATION

Inscription obligatoire :

- Par SMS au 06 64 37 67 69
- Par e-mail à contact@insecc.fr

N'oubliez pas d'apporter votre dossier d'inscription complet.

Si vous êtes en situation de handicap, veuillez contacter le Référent Handicap, Monsieur Sidney Eloy, par e-mail à se@insecc.fr

SIGNATURE

Je soussigné(e) _____

- déclare avoir pris connaissance des conditions d'admission dans votre organisme de formation et de l'utilisation des informations que j'ai communiquées ;
- certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus ;
- certifie accepter le **Règlement Intérieur*** après en avoir pris connaissance ;
- certifie avoir pris connaissance des **Programmes de formation*** ;
- certifie avoir pris connaissance des **Conditions Générales de Vente*** ;
- autorise l'INSECC à communiquer mes coordonnées auprès des Cabinets et Entreprises partenaires dans le cadre de la recherche d'une alternance.

Fait à : _____

Signature

Date : _____

Signature des parents si mineur(e)s

* Disponibles sur le site Internet.