



SESSION 2026-2027

FORMATION NIVEAU 5

TITRE PROFESSIONNEL NEGOCIATEUR TECHNICO- COMMERCIAL

DOSSIER DE CANDIDATURE



SPORT BUSINESS ACADEMY

TÉL : 01 88 28 16 60 / DIRECTION.CFA.SBA@GMAIL.COM



DOCUMENTS POUR VOTRE INSCRIPTION

Afin que votre dossier soit traité, voici les conditions **obligatoires** à remplir :

- ☀ Le dossier de candidature dûment rempli
- ☀ Un Curriculum Vitae (CV)
- ☀ 1 photo d'identité
- ☀ 1 photocopie d'une pièce d'identité valide (passeport ou carte d'identité recto-verso)
- ☀ La copie du dernier diplôme obtenu

Partie de l'organisme de formation Sport business Academy (Validation du dossier)

Signature _____

Complet le _____



DOCUMENTS POUR VOTRE INSCRIPTION

Afin que votre dossier soit traité, voici les conditions **obligatoires** à remplir :

Le dossier de candidature dûment rempli

Un Curriculum Vitae (CV)

1 photo d'identité

1 photocopie d'une pièce d'identité valide (passeport ou carte d'identité recto-verso)

La copie du dernier diplôme obtenu

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

NOM _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

N° de sécurité sociale _____

Téléphone _____

E-mail _____

VOTRE SITUATION

- ☐ En activité professionnelle
- ☐ Etudiant
- ☐ Demandeur d'emploi
- ☐ Autre : _____

VOS DIPLÔMES (SPORTIFS, FEDERAUX, PROFESSIONNELS...)

Année	Dénomination
-------	--------------



VOTRE STRUCTURE D'ALTERNANCE

DATE DE DÉMARRAGE DU CONTRAT DANS
VOTRE STRUCTURE:

DENOMINATION DE VOTRE STRUCTURE

SIRET

CODE NAF / APE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

TELEPHONE

E-MAIL

NATURE DES ACTIVITES / PUBLICS
ACCUEILLIS

NOMBRE DE SALARIÉS AU SEIN DE VOTRE STRUCTURE

LE RESPONSABLE DE VOTRE STRUCTURE

NOM

PRENOM

TELEPHONE

E-MAIL

VOTRE TUTEUR

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

DIPLOME LE PLUS ELEVE OBTENU

TELEPHONE

E-MAIL

NUMERO DE SECURITE SOCIALE

EMPLOI OCCUPE



VOTRE STRUCTURE D'ALTERNANCE

DATE DE DÉMARRAGE DU CONTRAT DANS
VOTRE STRUCTURE:

DENOMINATION DE VOTRE STRUCTURE

SIRET

CODE NAF / APE

ADRESSE CODE POSTAL VILLE

TELEPHONE E-MAIL

NATURE DES ACTIVITES / PUBLICS
ACCUEILLIS

LE RESPONSABLE DE VOTRE STRUCTURE

NOM

PRENOM

TELEPHONE

E-MAIL

**Conditions de qualification et d'expérience*

Le maître d'apprentissage doit :

► Soit :

• Être titulaire d'un diplôme ou titre dans le domaine professionnel visé par l'apprenti,
• Et justifier de 1 an d'expérience professionnelle en rapport avec la qualification préparée.

► Soit :

• Avoir 2 ans d'expérience professionnelle en rapport avec la qualification visée (même sans diplôme).

VOTRE TUTEUR*

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

DIPLOME LE PLUS ELEVE OBTENU

TELEPHONE

E-MAIL

NUMERO DE SECURITE SOCIALE

EMPLOI OCCUPE