

SUIVI DE COHORTE pour titulaires du CQP EGA

DATE :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tel :

Mail :

Date d'obtention du CQP N° carte professionnelle

Déclaration d'activité réalisée auprès du SNGEA (1)

Habilitation tuteur (1)

Travaille dans sa propre structure (1)

Nom de la structure

Situation professionnelle actuelle au regard du CQP EGA(2)

cas 1 n'a pas encore débuté son activité comme EGA

cas 2 a débuté son activité EGA

Statut (3)

nom des structures employeuses	nombre de jours réalisés	type activité (4)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

cas 3 n'exerce plus comme EGA date d'arrêt

Raison :
(facultatif)

(1) inscrire "oui" ou "non"

(2) cocher le cas correspondant à votre situation

(3) inscrire "salarié" ou "indépendant"

(4) inscrire "saisonnier" ou "permanent"