ACADÉMIE
DE MONTPELLIER
Liberté
Égalité
Fraternité

FICHE MAGASIN SESSION 2027

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) : ☐ OUI ☐ 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 : ☐ Lundi horaires : …… ☐ Mardi horaires : …… ☐ Mercredi horaires : …… ☐ Jeudi horaires : …… ☐ Vendredi horaires : …… **ATTENTION** les épreuves ont lieu courant juin. Demander au magasin si les horaires sont différentes en période estivale et stipuler les horaires de juin sur la fiche. Le responsable du magasin doit être informé de l'interrogation. Toute modification relative au magasin (horaires, changement de magasin ..) ou désinscription à l'examen doit nous être **impérativement signalée le jour même** à l'adresse suivante : ce.dec4@ac-montpellier.fr, en indiquant la spécialité de l'examen et dans le cas d'une modification « magasin » en transmettant une fiche magasin avec les nouvelles données par l'organisme de formation ou le candidat isolé.