

Cuisines  
**ixina**<sup>®</sup>

**DOSSIER DE**

**CANDIDATURE**



## IDENTITÉ

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Vie maritale (choix à cocher)  
Profession du conjoint : \_\_\_\_\_  
Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Êtes-vous :  Propriétaire  Locataire  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_

## FORMATION

Année	Diplômes obtenus / Formations	Établissements

## EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES

### Merci de joindre votre CV.

Votre situation professionnelle actuelle ou dernier poste occupé

Société / Établissement : \_\_\_\_\_  
Secteur d'activité : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_  
Ancienneté dans la société : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà travaillé dans un magasin IXINA ?  Oui  Non

Si oui, dans quel(s) magasin(s) .....

Avez déjà un/des magasins de cuisines, merci de préciser :

Enseigne	Ville	Date de création	CA annuel HT en €	RCS

## COMPÉTENCES

Vos domaines de compétences (cochez les cases correspondantes)

Domaines	Pas d'expérience	Faible expérience	Bonne expérience	Très bonne expérience
Cuisines équipées				
Commerce				
Management				
Gestion				

## VOTRE PROJET

Décrivez votre projet

Pourquoi souhaitez-vous vous installer ?

Quelles sont vos attentes vis-à-vis du franchiseur ?

Quels sont vos points forts pour réussir dans ce projet ?

Que pensez-vous des magasins IXINA ?

Avez-vous de la famille ou des amis qui travaillent dans une franchise ou une succursale ?

Vos questions ?

## VOTRE PROJET

Quelle est la nature de votre projet

- La création d'un nouveau magasin  
 La reprise d'un magasin existant  
 La transformation d'un magasin existant

Où souhaitez-vous ouvrir votre magasin ? (À classer par ordre de préférence)

Région / Département / Ville	Motif

Quand souhaitez-vous démarrer votre activité ?

Avez-vous eu des contacts avec d'autres franchiseurs ?

Si oui, lequel(s) ?

Serez-vous présent en magasin ?

- À temps plein     À temps partiel

Vous souhaitez réaliser ce projet

- Seul     Avec un/des associés

En cas d'association merci de nous préciser Nom/Prénom/Diplôme :

## VOTRE SITUATION FINANCIÈRE

Capital personnel disponible :

K€

Apport personnel affecté à votre projet	K€
Apport complémentaire (famille, amis, associés)	K€
Total Apport (hors emprunt bancaire)	K€

Votre projet est-il lié à la réalisation d'une condition financière particulière ?

Oui

Non

Si oui, laquelle :

Êtes-vous représentant légal, associé ou actionnaire de société(s) ?

Nom	Type	Secteur d'activité	RCS	Majoritaire oui/non	Dirigeant oui/non

Avez-vous déjà été déclaré en faillite personnelle ou en redressement judiciaire ?

Non

Si oui, précisez :

Les renseignements que vous nous fournissez ci-dessus sont strictement confidentiels et exclusivement destinés à l'analyse de votre candidature comme potentiel futur partenaire de notre enseigne. Je certifie que les informations contenues dans ce présent formulaire sont exactes.

Fait à :

Le :

Signature :

Merci de renvoyer votre dossier de candidature ainsi que votre CV par email à : [monmagasin@ixina.com](mailto:monmagasin@ixina.com)