

**Cadre réservé à l’IRTS**

**N° de dossier**

**Date d’enregistrement**

****

**Photo**

Dossier d’inscription

**INTERVENTION AUPRES DE PERSONNES AVEC**

**TSA**

**I - Identité du candidat**

Nom de naissance

Prénom

Nom marital

Sexe □ Masculin □ Féminin Nationalité

Age Date de naissance

Lieu de naissance

Département de naissance

Situation de handicap reconnue nécessitant une adaptation de nos services □ oui □ non

Si oui quelle adaptation : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II - Adresse**

Adresse

Code Postal |\_|\_|\_|\_|\_| Ville

Téléphone

Portable

Email

**III - Pièces à joindre OBLIGATOIREMENT pour toute inscription**

- Une lettre de motivation ;

- Un CV détaillé;

- La photocopie de la pièce d'identité recto/verso en cours de validité ;

- La photocopie des diplômes

- une attestation sur l’honneur attestant de l’authenticité des photocopies de diplômes

- une attestation employeur si en emploi

- une photocopie de la carte d’attestation de pôle emploi ou de CAP emploi et fiche de positionnement du référent si en situation de recherche d’emploi

- la fiche de positionnement du référent de mission locale le cas échéant

- le mode de financement envisagé

- La présence d’un handicap – RQTH

- la déclaration sur l’honneur de non interdiction pénale d’exercer dans le médico social

- la fiche de positionnement Expériences et parcours

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS RETENU**

**ATTENTION :**

**Lors de la signature des conventions de stages, l’employeur invoquant son intérêt légitime, peut demander au candidat :**

* **La communication du B2 du casier judiciaire qui n’est délivré qu’à certaines administrations pour des motifs précis (art. R79 du Code de procédure pénale) : art. 776-6° du code de procédure pénale s’agissant d’emplois auprès des mineurs ;**
* **L’indication de votre statut (formation initiale ou formation continue) et les pièces le justifiant (attestation de l’employeur, décision d’acceptation d’un congé individuel de formation, etc.).**

**IV- Statut lors de l’inscription**

□ Salarié bénéficiant d’un contrat de travail

 Secteur : □ Public □ Privé

 □ Secteur social

 □ Secteur médico-social

 □ Autre : ……………….

Établissement d’emploi :

* Êtes-vous inscrit au pôle emploi ?□ oui □ non

N° identifiant

* Êtes-vous inscrit au CAP EMPLOI ? oui non

N° identifiant

**FINANCEMENT ENVISAGÉ**

 □ Pôle Emploi

 □ Financement personnel

 □ CPF

 □ Financement employeur

Je certifie avoir pris connaissance de la totalité du dossier, en accepter tous les termes, et je certifie également que toutes les informations dont j'ai fait état sont justes. J'accepte, par ailleurs, que mon nom et mes coordonnées figurent sur les fichiers informatiques utilisés pour la constitution des différentes listes de candidats.

 Fait à le

 Signature

Conformément au Règlement Européen sur la protection des données, vous bénéficiez des droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de portabilité et de limitation du traitement de vos données. Vous pouvez à tout moment nous envoyer une demande d'exercice de droits à l'adresse suivante: contact@irtshdf.fr

Attestation de prise en charge financière

**INTERVENTION AUPRES DE PERSONNES AVEC TSA**

Candidats bénéficiant d’un financement

(A faire remplir par le ou les organismes financeurs)

Je soussigné(e) Madame - Monsieur :

Représentant : (Organisme - adresse - téléphone)

Confirme avoir été contacté(e) par :

Madame – Monsieur

Atteste qu’une demande de financement a été déposée le :

Auprès de (coordonnées de l’organisme)

 Participation au financement ou co-financement de la formation IAPTSA envisagée

COÛT DE LA FORMATION :

Pour toute demande de devis, joindre le service Scolarité-Financement.

Cette participation au financement ou co-financement pourra être confirmée le :

Signature

& Cachet

**DÉCLARATION SUR L’HONNEUR**

Je soussigné(e),

Nom de jeune fille suivi du nom d’épouse pour les femmes mariées

Demeurant à

Né(e) le ....../......./..................... à

Déclare sur l’honneur, conformément à l’article L227-10 du CASF et L133-6 du Code de l'action sociale et des familles, n’avoir pas fait l’objet d’interdiction administrative ni de condamnation pénale en raison d’une infraction incompatible avec les professions du secteur médico social.

Fait à Le

 Signature

**Cadre réservé à l’IRTS**

**N° de dossier**

**Date d’enregistrement**

****

**Service admission / information**

**Parc Eurasanté Est**

**Rue A. Paré**

**BP 71**

**59373 LOOS CEDEX**

**03 20 62 58 72**

Attestation de dépôt de dossier

**INTERVENTION AUPRES DE PERSONNES AVEC TSA**

Cette attestation est à compléter par le candidat.

Elle sera retournée après enregistrement du dossier et sera conservée par le candidat.

L’Institut Régional du Travail Social Hauts-de-France, certifie que

Nom

Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Tél. : Portable :

a déposé un dossier d'inscription.

Au vu des pièces accompagnant le dossier vous êtes :

Cadre réservé à l’IRTS

Etudiant, service civique, demandeur d’emploi.

Salarié(e), autres

****

 ****

**Portrait de l’expérience & du parcours de formation du Candidat
au regard des compétences attendue pour obtenir la certification :**

|  |  |
| --- | --- |
| **N° de fiche** | **Intitulé de la certification** |
| **RS 5291** | ***Intervenir auprès des personnes avec troubles du spectre de l’autisme*** |

**Informations générales :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de naissance : |  |
| Nom d’usage ou marital *(Facultatif)* |  |
| Prénom(s) |  |
| Date de naissance (*JJ/MM/AAAA)* |  |
| Genre *(F ; M)* |  |
| Code postal de la commune de naissance |  |
| Nom de la commune de naissance |  |
| Pays de naissance |  |
|  |
| Adresse postale : |  |
| Complément adresse : |  |
| Code postale : |  |
| Ville :  |  |
| Pays (si hors France) : |  |

**Données relatives aux modalités d'inscription à la Certification**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Modalités d’accès à la certification :*** | ***Formation continue hors alternance*** |
| Initiative de l’inscription à la certification :  | Choisissez un élément. |
| Date d’inscription du candidat à la certification auprès de l’UNAFORIS :  | Cliquez ici pour entrer une date. |

|  |
| --- |
| ***Mentions légales :*** *Les informations générales recueillies ci-dessus seront enregistrées dans un fichier informatisé par l’UNAFORIS, 8 rue Mayran, 75009 Paris pour la gestion du passage aux épreuves « Certification de compétences UNAFORS » (Base légale du traitement). Seules les données collectées relatives* *à l’identification des titulaires des certifications délivrées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : la* [*Caisse des dépôts*](https://www.caissedesdepots.fr/donnees-personnelles) *(Article L6323-8 de la loi° 2018-771 (II) – 2018). Les données sont conservées pendant 5 ans par la Cellule de certification de compétences Unaforis dans le respect dispositions législatives et réglementaires françaises. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les faire rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter la Cellule de certification de compétences à l’adresse électronique* *cccunaforis@unaforis.eu**).* |

**Bilan de prérequis pour l’inscription à une session de certification**

**Expérience professionnelle (rémunérée ou non) :**

*Expériences professionnelles (de la plus récente à la plus ancienne) :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fonction exercée | Type d’organisation & Lieu | Durée *(de / à = XX mois/ans)* | ***✓*** |
|  |  |  |  |

*Expériences professionnelles complémentaire (de la plus récente à la plus ancienne) :*

*Stages, acquis personnels, activités sociales & syndicales, associatives, bénévolat, etc.)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fonction exercée | Type d’organisation & Lieu | Durée *(de / à = XX mois/ans)* | ***✓*** |
|  |  |  |  |

*Expériences personnelles en lien avec la certification visée (facultative)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Evènement ou situation | Apprentissage réalisés ou connaissances acquises | Durée *(de / à = XX mois/ans)* | ***✓*** |
|  |  |  |  |

**Parcours de formation du candidat :**

*Titre et diplômes obtenus (du plus récent au plus ancien) :*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titre ou diplôme | Discipline | Ministère ou certificateur (Université/école etc.) | Année | Pays | ***✓*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Titre ou diplôme en cours :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titre ou diplôme | Discipline | Ministère ou certificateur (Université/école etc.) | Année | Pays | ***✓*** |
|  |  |  |  |  |  |

**Formations complémentaires :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formation intra-entreprise / Module en ligne / Badges numériques, etc. | Discipline | Entreprise ou Organisation | Année | Pays | ***✓*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RS 5291** | **Intervenir auprès** **des personnes avec troubles du spectre de l’autisme** |

**Exemple d’attestation d’expérience professionnelle ou d’autre d’une preuve argumentée d’une expérience conforme à celle précisée pour la cible : accompagner ou avoir accompagné depuis moins d’un an** *(pendant les 12 derniers mois)****,* des personnes avec autisme (Expérience acquise ou à acquérir via un stage préalable).**

*(Fiche adaptable selon le profil du candidat* et à remplir *si le(s) certificat(s) de travail, de stage ou de bénévolat n’explicite(nt) pas les tâches/missions effectuées ou si la personne n’en possède pas)*

(sur papier en tête /merci de supprimer les mentions inutiles)

**Attestation :** (nom de la structure, si expérience dans une structure)

Je (prénom, nom),

En qualité de : (titre de la fonction / ou personne ou proche concerné)

Adresse : (N° de voie / Voie / Code Postal / Ville / Pays si hors France)

Téléphone : (n° de téléphone fixe et/ou portable)

E-mail : (adresse e-mail),

\*(S’il s’agit d’une structure) atteste que :

\*(Sinon) atteste d’être accompagné(e) ou avoir été accompagné(e) par :

\*(Ou) atteste que mon proche avec trouble du spectre de l’autisme est, ou avoir été accompagné par :

Mme / M : (prénom, nom)

Née le : (date de naissance) à (ville)

\*(Si structure) accompagne ou a accompagné des personnes avec troubles du spectre de l’autisme.

***\*****(merci de supprimer les mentions inutiles)*

Durant la période de : (mois/année) à (mois/année)

A raison de XX heures par semaine.

Nom du signataire, signature, ville, date et cachet de la structure\*(S’il s’agit d’une structure)