****

**Cadre réservé à l’IRTS**

**N° de dossier**

**Date d’enregistrement**

**Photo**

Dossier d’inscription

**Formation Préparant à la certification Pratiquer la**

**médiation canine en structures de soins ou**

**d’action sociale 2022**

**I - Identité du candidat**

Nom de naissance

Prénom

Nom marital

Date de naissance

Lieu et 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 - Votre situation actuelle**

□ Salarié bénéficiant d’un contrat de travail

 Secteur : □ Public □ Privé

 □ Secteur social

 □ Secteur médico-social

 □ Autre : ……………….

Votre poste actuel :…………………………………………………………………………………………………………………………………

Dénomination de votre employeur : ……………………………………………………………………………………………………….

Responsable formation :……………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse employeur : …………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone employeur : …………………………………………………………………………………………………………………………….

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

N° identifiant

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

N° identifiant

**IV - 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 de l’accompagnement éducatif ou pédagogique du soin, de l’animation ou de l’action sociale

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

- une attestation employeur si en emploi

- 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

- 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

**DOSSIER A RETOURNER A** **zharizi@irtshdf.fr** **ou à l’adresse suivante**

**IRTS Hauts-de-France, Zineb HARIZI, Parc Eurasanté, rue Ambroise Paré 56120 LOOS Cedex**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS RETENU**

* **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.).**

**V - Formation scolaire/universitaire/professionnelle**

Diplôme obtenu le plus élevé : ……………………………………………………………………………………………………………..

Année d’obtention : ………………………………………………………………………………………………………………………………

**VI – Expérience professionnelle**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dates de l’expérience (personnelle, professionnelle, stage…)** | **Lieu** | **Fonctions** |
|  |  |  |

**VII - Carrière professionnelle**

Hors secteur social et médico-social :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dates d’emploi** | **Employeurs** | **Fonctions** |
|  |  |  |

**VIII - Statut lors de l’inscription**

**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

**Formation Préparant à la certification Pratiquer la médiation canine en structures de soins ou d’action sociale 2022**

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 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