

Cadre réservé à l'IRTS

N° de dossier .....

Date d'enregistrement .....

Photo

Dossier d'inscription

## Titre Professionnel Responsable Coordonnateur Services au Domicile

### 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

- Lettre de motivation
- CV détaillé
- Photocopie de la pièce d'identité recto/verso en cours de validité
- Pièces justificatives relatives aux diplômes et expériences
- Attestation sur l'honneur attestant de l'authenticité des photocopies de diplômes
- 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
- Mode de financement envisagé
- Présence d'un handicap – RQTH
- Déclaration sur l'honneur de non interdiction pénale d'exercer dans le médico-social

**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. Formation scolaire/universitaire/professionnelle

Diplôme obtenu le plus élevé : .....

Année d'obtention : .....

#### V. Expérience dans les services à domicile

| Dates de l'expérience<br>(personnelle,<br>professionnelle,<br>stage...) | Lieu | Fonctions |
|---|------|-----------|
|   |      |           |



## VI. Expérience dans le management

| Dates de l'expérience<br>(personnelle,<br>professionnelle,<br>stage...) | Lieu | Fonctions |
|---|------|-----------|
|   |      |           |



## VII. Carrière professionnelle

Hors secteur social et médico-social :

| Dates d'emploi | Employeurs | Fonctions |
|----------------|------------|-----------|
|                |            |           |



Dans le secteur Sanitaire social et médico-social (autre que dans les services au domicile et management):

| Dates d'emploi | Employeurs | Fonctions |
|----------------|------------|-----------|
|                |            |           |



## VIII. 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 .....

## IX. 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](mailto:contact@irtshdf.fr)



Attestation de prise en charge financière

## TITRE PROFESSIONNEL RESPONSABLE COORDINATEUR SERVICES AU DOMICILE

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 TP RC SAD envisagée

*COÛT DE LA FORMATION : 6 478 € pour une formation théorique de 395 heures (3 à 4 jours par mois, pendant 16 mois) et une formation pratique de 210h minimum - 420h maximum.*

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



# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR : NON INTERDICTION PENALE

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



**Service admission / information**

**Parc Eurasanté Est**

**Rue A. Paré**

**BP 71**

**59373 LOOS CEDEX**

**03 20 62 58 72**

Attestation de dépôt de dossier

**TITRE PROFESSIONNEL RESPONSABLE COORDINATEUR SERVICES AU  
DOMICILE**

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...