

Cadre réservé à l'IRTS
N° de dossier
Date d'enregistrement

### Dossier d'admission

Pour la formation conduisant à la certification « Superviser et analyser les pratiques dans le champ social et médico-social »

I.	Identité du candidat
	Nom de naissance
	Prénom
	Nom marital
	Sexe - Masculin - Féminin Nationalité
	Date de naissance
	Lieu de naissance
	Situation de handicap reconnue nécessitant une adaptation de nos services oui on
	Si oui quelle adaptation :
II.	Adresse
	Adresse
	, cose
	Code Postal  _ _ _  Ville
F	Téléphone/Portable
Email	

### III. Pièces à joindre OBLIGATOIREMENT pour toute admission

- Photocopie de la pièce d'identité recto/verso en cours de validité
- CV présentant le parcours de formation initiale et complémentaire (en lien avec la formation envisagée) et le parcours professionnel
- Lettre de motivation
- Photocopie des diplômes (niveau 4 minimum dans le travail social ou médico-social, l'éducation ou les sciences humaines et sociales)
- Photocopie des attestations de formations continues
- Attestation d'employeur et fiches de paie (justificatifs des 5 ans d'expérience dans le travail social, ou médicosocial, l'éducation ou les sciences humaines et sociales)
- Photocopie RQTH (si présence d'un handicap)
- Déclaration sur l'honneur de non interdiction pénale d'exercer dans le médico-social (Cf. Annexe ci-dessous)

**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.

## IV. Expériences en matière d'analyse de pratiques/ supervision

Date/ durée	Brève description de l'expérience en supervision individuelle et collective/analyse de pratiques (préciser si participation ou animation)	Type de structure et professionnels accompagnés

□ Salarié bénéficiant d	'un contrat de travail			
Secteur :	□ Public □ Secteur social □ Secteur médico-so □ Autre :			
Établissement d'emploi :				
Adresse postale :				
Coordonnées du respons Adresse mail :	able RH/Formation :			
<ul> <li>Demandeur d'emplo</li> <li>Êtes-vous inscr</li> <li>N° identifiant :</li> <li>Coordonnées du conseille</li> </ul>	it au pôle emploi ?	□ oui	□non	
<ul> <li>Êtes-vous inscr</li> <li>N° identifiant :</li> <li>Coordonnées du conseille</li> </ul>		D oui	<sup>1</sup> non	
<ul> <li>Autre situation : ρι</li> </ul>	réciser :			
I. FINANCEMENT ENVIS	SAGÉ			
□ Pôle Emplo				
□ Financeme	nt personnel			
□ Financeme	nt employeur			
également que toutes	les informations don	t j'ai fait état s	ont justes. J'accepte	us les termes, et je certifie e, par ailleurs, que mon nom constitution des différentes
Fait à			le	
			Signature	

**Statut lors de l'inscription** 

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 conduisant à la certification « Superviser et analyser les pratiques dans le champ social et médico-social »

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 conduisant à la certification « Superviser et analyser les pratiques dans le champ social et médico-social » Coût de la formation : 4860€ pour une formation théorique de 240h (2j/mois pendant 18 mois) et une formatique de 30 h minimum à 60h maximum.	ation
Cette participation au financement ou co-financement sera confirmée au moment de l'inscription apr déclaration d'admissibilité.	ès
Date:	
Signature	
& Cachet	

# **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 e	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 médi	co-social.
	ait àe
S	ignature



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

Formation conduisant à la certification « Superviser et analyser les pratiques dans le champ social et médico-social »

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	
Tél.:	Portable :
a déposé un dossier d'admission.	
Votre dossier passera en commission d'ad	mission le

Votre inscription à la formation ne sera effective qu'après déclaration d'admissibilité, confirmation du financement et sous réserve d'un nombre de places suffisant.