

**Cadre réservé à l’IRTS**

**N° de dossier ................**

**Date d’enregistrement .........**

Dossier d’admission

# Pour la formation qualifiante « Assistant·e Tutélaire ».

## Identité du candidat – de la candidate

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 □ non

Si oui quelle adaptation :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Adresse

Adresse ........................................................................................................................................................

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

Téléphone .............................................../Portable ...........................................

Email ............................................................................................................................................................

## 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) ou justificatifs d’expérience professionnelle d’au moins un an sur des missions administratives.
* 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.**

## Expériences d’un an sur un poste administratif (si pas de diplôme validé de niveau IV)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date/ durée  | Brève description de l’expérience et des activités menées dans le cadre de cet emploi  | Type de structure, entreprise ou association |
|  |  |  |

1. **Statut lors de l’inscription**
	* Salarié·e bénéficiant d’un contrat de travail

Secteur : □ Public □ Privé

* + - Secteur social
		- Secteur médico-social

□ Autre : ……………….

Établissement d’emploi :

Adresse postale :

 Coordonnées du responsable RH/Formation :

 Adresse mail :

* Demandeur d’emploi
* Êtes-vous inscrit·e à Pôle Emploi ? □ oui □ non

 N° identifiant :

 Coordonnées du conseiller / de la conseillère :

* Êtes-vous inscrit·e au CAP EMPLOI ? oui non

 N° identifiant :

 Coordonnées du conseiller :

* Autre situation : préciser :

1. **FINANCEMENT ENVISAGÉ**
	* Pôle Emploi
	* Financement personnel
	* 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 qualifiante « Assistant·e Tutélaire »

Stagiaires 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 qualifiante « Assistant·e Tutélaire ».

*Coût de la formation :1 560 € pour une formation théorique de 78h (2 à 4j/mois pendant 4 mois) et une formation pratique de 168 h (sauf emploi en cours sur un poste d’assistant·e tutélaire).*

Cette participation au financement ou co-financement sera confirmée au moment de l’inscription après déclaration d’admissibilité.

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 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

Formation qualifiante « Assistant·e Tutélaire »

Cette attestation est à compléter par la ou le candidat·e.

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'admission.

Votre dossier passera en commission d’admission 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.