

**Cadre réservé à l’IRTS**

**N° de dossier ................**

**Date d’enregistrement .........**

Dossier d’inscription

# Pour la formation Assistant.e aux Projets et Parcours de Vie (APPV)

## 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 □ 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 formations complémentaires (en lien avec la formation envisagée) et le parcours professionnel
* Lettre de motivation
* Photocopie des titres et/ou diplômes de niveau Bac+2
* Attestation d’employeur ou attestation de bénévolat (pouvoir justifier d’une expérience d’au moins un an dans les champs sanitaire, social et médico-social ou éducatif)
* 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’accompagnement dans les champs sanitaire, social et médico-social, éducatif, en qualité de salarié ou de bénévole

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date/ durée | Brève description de l’expérience d’accompagnement | Type de structure et public accompagné |
|  |  |  |

1. **Statut lors de l’inscription**
   * Salarié 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 au pôle emploi ? □ oui □ non

N° identifiant :

Coordonnées du conseiller :

* Êtes-vous inscrit au CAP EMPLOI ? oui non

N° identifiant :

Coordonnées du conseiller :

* Autre situation : préciser :

1. **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

Formation Assistant.e aux Projets et Parcours de Vie (APPV)

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 formation pratique de 30 h minimum à 60h maximum.*

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 Assistant.e aux Projets et Parcours de Vie (APPV)

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'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.