

**Cadre réservé à l’IRTS**

**N° de dossier.........**

**Date d’enregistrement .........**

Dossier d’admission

**Titre Professionnel**

**Maître(sse) de maison en secteur Social et Médico-social**

**RNCP37424**

## 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 complémentaire (en lien avec la formation envisagée) et le parcours professionnel
* Lettre de motivation

Photocopie des diplômes

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)
* Si vous avez déjà suivi les formations SST (Sauveteur Secouriste du travail), PSC1 (Premiers Secours Civiques de niveau 1), HACCP, merci de joindre la copie des attestations qui vous ont été remises.

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS RETENU**

**ION:**

**DOSSIER A RETOURNER A** [**formation-continue@irtshdf.fr**](mailto:formation-continue@irtshdf.fr) **ou à l’adresse suivante**

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

**IV – Pré-requis**

* Maitre(sse) de Maison en activité ou ayant exercé le métier
* Tous professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux, sanitaires qui évoluent sur une fonction mobilisant les compétences attendues du métier
* Les demandeurs d’emploi, les personnes en reconversion

Les personnes qui ne connaissent pas l’emploi et/ou pas le secteur intègrent la formation menant à la certification à la condition **d’avoir réalisé une période de découverte du métier (type PMSMP) ou une expérience professionnelle de 10 jours (70 heures) minimum correspondant à l’emploi visé dans le secteur.**

**N.B. Joindre au dossier les photocopies diplôme, attestation employeur ou convention stage pour les stages découvertes).**

**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.**

**V - Carrière professionnelle**

Expériences effectives dans le secteur social ou médico-social

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date/ durée | Brève description de l’expérience : public, missions | Type de structure et professionnels accompagnés |
|  |  |  |

**VI - Pré-stage – Stage d’immersion**

Avez-vous déjà suivi un pré-stage ou un stage d’immersion dans la fonction Maitre(sse) de maison ?

 oui  non

Pré stage ou stage Lieu

Période du au

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

Titre Professionnel Maître(sse) de maison en secteur Social et Médico-social

Candidats bénéficiant d’un financement

(A faire remplir par le ou les organismes financeurs)

**A RETOURNER A** [**formation-continue@irtshdf.fr**](mailto:formation-continue@irtshdf.fr) **ou à l’adresse suivante**

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

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 « Titre Professionnel

Maître(sse) de maison en secteur Social et Médico-social » *Coût de la formation : 3063€ pour une formation théorique de 245h et une formation pratique de 210 h.*

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

**Titre Professionnel Maître(sse) de maison en secteur 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 .............................................................................................................................................................

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.