

**Cadre réservé à l’IRTS**

**N° de dossier ................**

**Date d’enregistrement .........**

Dossier d’admission

# Pour la formation Accompagnement à la certification CNC MJPM

# Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs

## 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 au dossier 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
* Copie du diplôme de niveau V soit Bac+2 (enregistré au RNCP) ou un justificatif employeur d’une ancienneté de trois ans dans un emploi exigeant un diplôme ou titre de ce niveau
* Justificatif de l’organisme de formation qui atteste des heures de formation (théoriques et pratiques) suivies par le candidat- permettant ainsi de se présenter aux épreuves du CNC
* Justificatif de l’organisme de formation qui atteste de la validation des épreuves liées au DF1, DF2 et DF3
* Attestation sur l’honneur signalant que les copies des diplômes sont conformes aux originaux
* 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)
* Devis signé avec bon pour accord spécifiant le mode de financement retenu

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS RETENU**

**DOSSIER A RETOURNER A** [**formation-continue@irtshdf.fr**](mailto:formation-continue@irtshdf.fr)

**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.**

1. **Situation au regard de la formation CNC MJPM suivie précédemment**

Année de participation à la formation CNC MJPM par le candidat :

Nombre d’heures de formation (théoriques et pratiques) suivies :

Nom et localisation de l’organisme de formation organisateur :

Notes moyennes obtenues aux épreuves :

DF1 :

DF2 :

DF3 :

DF4 :

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 France Travail ? □ 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**
   * France Travail
   * Financement personnel
   * CPF (indiquer le montant des droits mobilisés)
   * Financement employeur
   * Autre à préciser

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 modulaire DF4 Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs (MJPM)

Candidats bénéficiant d’un financement

(A faire remplir par le ou les organismes financeurs)

Je soussigné(e) Madame - Monsieur : ..............................................................................................................

Représentant : (Organisme - adresse – téléphone-contact mail)

...........................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

Confirme prendre en charge la formation de

Madame – Monsieur ........................................................................................................................................

Participation au financement ou co-financement de la formation modulaire DF4 Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs (MJPM)

⬜ Parcours 1 : soit 20 heures pour un coûtde 400 €

*(à destination des professionnels qui ont obtenu une note moyenne supérieure à 7/20 à l’ensemble des épreuves du DF4)*

Ou

⬜ Parcours 2 : soit 66 heures pour un coûtde 1320 €

*(à destination des professionnels qui ont obtenu une note moyenne inférieure à 7/20 à l’ensemble des épreuves DF4 ou qui ne se sont pas présentés à l’épreuve du DF4)*

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