

DOSSIER DE CANDIDATURE

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Dossier reçu le :/...../..... Saisi par Date :/...../.....

Dossier complet Dossier incomplet Date de l'entretien :/...../.....

Admis Refusé

Collez une
photo
d'identité

INFORMATIONS PERSONNELLES

Civilités Madame Monsieur

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Né(e) le

Age: ans

A

Département de naissance

Pays de naissance

Nationalité

En situation de handicap OUI NON

N° de sécurité sociale

Adresse domicile

CP

Ville

Pays

Téléphone

Portable

Mail

@

PIECES A JOINDRE A VOTRE DOSSIER :

- Un curriculum vitae
- Une lettre de motivation manuscrite
- La copie recto/verso de votre pièce d'identité en cours de validité (CNI, Passeport, titre de séjour,)
- 1 photo d'identité
- En cas de lauréats de l'Institut de l'Engagement, la décision d'admission.
- La copie de vos diplômes (pour les diplômes étrangers, une attestation d'équivalence)
- Un justificatif MDPH précisant les aménagements
- Ce dossier complété et signé
- Une fiche de positionnement du prescripteur

Votre formation

| TYPE DE DIPLOME | SPÉCIALITÉ | ÉTABLISSEMENT <i>(Nom, ville et département)</i> | ANNÉE | OBTENU |
|---------------------------------|------------|-----------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| DIPLÔME NATIONAL DU BREVET | | | | <input type="checkbox"/> |
| CAP / BEP | | | | <input type="checkbox"/> |
| BAC | | | | <input type="checkbox"/> |
| BTS / DEUG / DUT | | | | <input type="checkbox"/> |
| NIVEAU BAC+3 | | | | <input type="checkbox"/> |
| NIVEAU BAC+4 | | | | <input type="checkbox"/> |
| NIVEAU BAC+5 | | | | <input type="checkbox"/> |
| TITRE PROFESSIONNEL | | | | <input type="checkbox"/> |
| BREVET D'APTITUDE PROFESSIONNEL | | | | <input type="checkbox"/> |
| DIPLÔME D'ETAT | | | | <input type="checkbox"/> |

➔ Etes-vous titulaire du permis B ? OUI NON

➔ Etes-vous titulaire d'un diplôme ou bénéficiaire d'un contrat dispensant de l'épreuve d'admission (Cf. *procédure d'admission*) : OUI NON

Situation au moment de l'inscription

➔ Vous êtes salarié : OUI NON

| | | |
|---------------|------------------------|-------|
| Si OUI | Nom de l'établissement | _____ |
| | Type d'établissement | _____ |
| | Poste occupé | _____ |

➔ Vous êtes demandeur d'emploi en recherche d'un contrat (*contrat de professionnalisation, apprentissage, etc...*) : OUI NON

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si OUI | Vous êtes inscrit à Pôle Emploi depuis le | <input type="checkbox"/> |
| | N° identifiant Pôle Emploi | _____ |
| | Vous êtes indemnisé par pôle Emploi depuis le | <input type="checkbox"/> |
| Joindre <u>obligatoirement</u> un relevé de situation de Pôle emploi de moins de 3 mois | | |

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Nom

Prénom

Adresse

CP

Ville

Téléphone

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e).....avoir pris connaissance de la procédure d'admission et de la présentation de la formation et déclare sur l'honneur que les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont sincères et véritables (art. 22-II de la loi 68-690 du 31/07/68).

Je me porte candidat(e) à la sélection d'entrée en formation d'Accompagnant Educatif et Social.

Fait à :

Le :

Signature :

Ce dossier est à retourner à :

Ce dossier est à retourner à :
ADRAR FORMATION
DE AES - Marie CHARDON
Parc technologique du canal
2 Rue Irène Joliot Curie
31520 RAMONVILLE SAINT AGNE

PRISE EN CHARGE DES FRAIS :

NOM – PRENOM :

.....

ADRESSE :

.....

.....

Vous demandez le financement des FRAIS DE FORMATION par :

- La Région Occitanie
- Transition pro
- Alternance (apprentissage, contrat de professionnalisation)
- Un autre financement

(précisez).....

Si la prise en charge des frais de formation n'est que partielle, veuillez préciser quel sera le montant du financement complémentaire :

.....

.....

Veuillez joindre obligatoirement une copie de la prise en charge.

Le _____

Fait à _____

Signature du stagiaire