

Dossier d'Inscription Formation Titre de Moniteur d'atelier

Rentrée du **13 novembre 2023** à :
CEFRAS SITE 49 - 35 RUE DE LA BARRE - 49000 ANGERS

Date limite de retour du dossier d'inscription : le **31 mai 2023** pour le positionnement du **3 juillet 2023**

Dossier à retourner à :
CEFRAS – Allée Phytolia – CS 9701 – CHEMILLE – 49120 CHEMILLE EN ANJOU

Etat civil

DOSSIER ARRIVE LE : _____

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Adresse personnelle :
.....
Code postal : Ville :
Tél. : __ / __ / __ / __ / __ Portable : __ / __ / __ / __ / __ Mail :

PHOTO
(à coller)

Avez-vous une reconnaissance RQTH : ☐ Oui ☐ Non

Date de naissance : __ / __ / ____ Lieu de Naissance (ville & département) :

Nationalité : (Si nationalité étrangère, **joindre** une photocopie du titre de séjour).

Couverture sociale (CPAM, MSA, ...) : N° Sécurité Sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

☐ Assuré (e) ☐ Ayant droit (e) ☐ Autre :

Quel est votre diplôme le plus élevé ?

Personne à contacter en cas d'urgence pendant la formation

Nom, prénom Tél. : __ / __ / __ / __ / __

Votre situation professionnelle à l'entrée en formation

Je suis demandeur (euse) d'emploi

- ☐ Inscrit(e) à Pôle Emploi - Date d'inscription : __ / __ / ____ N° d'identifiant :
☐ Non inscrit(e) à Pôle Emploi.
☐ En reconversion professionnelle avec un contrat de sécurisation professionnelle (C.S.P.)
☐ Autre :

 Etes- vous indemnisé par Pôle Emploi ? ☐ oui ☐ non

Le financement de la formation

- ☐ Je ne suis plus en poste, mais j'ai fait une demande de CPF PTP CDD (PTP = projet de transition professionnelle) **ex CIF**
☐ Financement personnel (autofinancement)*, dans le cas où vous ne trouvez pas de financement extérieur.
☐ CPF (Compte personnel de formation)
☐ Autre – précisez (AGEFIPH....) :

* Le paiement de la formation peut être échelonné sur l'année pour les personnes qui autofinancent leur formation : un versement initial est demandé avant l'entrée en formation (**1895 € euros pour un parcours complet**).

Je suis salarié (e)

- ☐ En CDI dans un ESAT ou EA Date d'embauche : __ / __ / ____
☐ En CDI* dans un autre type de structure que ESAT ou EA Date d'embauche : __ / __ / ____
☐ En CDD dans un ESAT ou EA Date d'embauche : __ / __ / ____
Date fin de contrat : __ / __ / ____
☐ En CDD* dans un autre type de structure que ESAT ou EA Date d'embauche : __ / __ / ____
Date fin de contrat : __ / __ / ____

***Un CPF CDD ou CDI (PTP = Projet de Transition Professionnelle) peut être sollicité auprès de votre employeur**

Merci de précisez votre type de CDD : ☐ Contrat de professionnalisation ☐ Contrat aidé :

☐ Pro A (ex Période Pro) ☐ Autre, précisez :

Secteur d'activité : ☐ médico social ☐ socio culturel ☐ autre, précisez :

Intitulé de votre poste :

Vos rôles / fonctions sur ce poste :

.....

.....

Expérience professionnelle dans l'encadrement de publics fragilisés en situation de production

	Poste(s)	Durée
Dans le domaine en rapport avec le diplôme		
Dans un autre domaine que celui du diplôme		

Le financement de la formation

- ☐ Je demande un CPF PTP CDD ou CDI (PTP = projet de transition professionnelle) **ex CIF**
☐ Mon employeur finance ma formation sur le budget établissement
☐ Mon employeur finance ma formation via son OPCO
☐ Autre : précisez :

Partie à compléter par l'employeur pour le candidat salarié

Coordonnées du siège social de l'employeur :

Nom de l'établissement :

Nom du directeur :

Adresse :

Code Postal : ____ Ville : Tél. : __ / __ / __ / __ / __

Mail :

Etablissement ☐ Public ☐ Privé (associatif ou entreprise)

Public accueilli : ☐ Pers. âgées ☐ Pers. handicapées ☐ Pers. en situation d'exclusion

☐ Adultes ☐ Jeunes ☐ Autre :

OPCO :

Coordonnées du lieu de travail (si différent du siège) :

Nom de l'établissement :

Nom du directeur :

Adresse :

Code Postal : ____ Ville : Tél. : __ / __ / __ / __ / __

Mail :

Etablissement ☐ Public ☐ Privé (associatif ou entreprise)

Public ☐ Pers. âgées ☐ Pers. handicapées ☐ Pers. en situation d'exclusion

☐ Adultes ☐ Jeunes ☐ Autre :

OPCO :

 Souhaitez-vous recevoir les conventions de formation et les attestations mensuelles durant la formation :

☐ Au siège ☐ Sur le lieu de travail ?

Coordonnées de l'OPCO Santé (Unifaf) (à compléter obligatoirement)

N° Adhérent Opco Santé (Unifaf) : [][] [][][][] [] [][][][] []

Taux de contribution au titre du plan 2020 : _____ %

Personne en charge du dossier

Merci d'indiquer les coordonnées de l'interlocuteur pour les contacts avec le CEFRAS :

Nom, prénom : Tél. : __ / __ / __ / __ / __

Mail :

Signature et cachet de l'employeur

**Merci de compléter
l'annexe « salarié (e) »**

Documents à joindre au dossier d'inscription

Tout dossier
incomplet ne
sera pas étudié.

Pièces à fournir :

☞ Pour toutes les personnes salariées :

- ☐ L'annexe « salarié (e) » à compléter par votre employeur.

☞ Pour toutes personnes salariées travaillant sur un autre poste que Moniteur d'Atelier dans un ESAT ou un Etablissement Adapté :

- ☐ Copie de l'attestation et appréciation de l'employeur auprès duquel vous avez acquis une expérience professionnelle de **70 heures** en tant que moniteur d'atelier en ESAT ou EA.

☞ Pour les personnes demandeur (deuse) d'emploi :

- ☐ Copie de l'attestation accompagnée de la copie du compte rendu de la **Période de Mise en Situation en Milieu Professionnel** (anciennement EMT) de **15 jours**.

ou

- ☐ Copie de l'attestation et appréciation de l'employeur auprès duquel l'expérience professionnelle de 70 heures en tant que moniteur d'atelier a été acquise.

Pièces à fournir pour tous les candidats :

- ☐ Une lettre de motivation,
- ☐ Un C. V. (préciser le parcours scolaire et / ou professionnel),
- ☐ La photocopie des diplômes obtenus
- ☐ Une photocopie de la carte nationale d'identité (en cours de validité) ou titre de séjour,
- ☐ Une copie de l'attestation/notification Pôle Emploi pour les personnes demandeurs d'emploi inscrites à Pôle Emploi
- ☐ Une copie de la demande de financement ou de l'accord de financement **si déjà obtenu**
- ☐ Une copie du contrat de travail couvrant la durée de la formation (pour les salariés)
- ☐ Trois photos d'identités (3 cm x 4 cm) (dont une à coller sur ce dossier) avec nom / prénom au dos.

Nous vous rappelons que vous devez obligatoirement souscrire une assurance responsabilité civile avant votre entrée en formation.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux informations transmises dans ce document pour les personnes physiques. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès des organismes destinataires de ce document