

Réservé CEFRAS :

- Cours d'emploi dans le secteur
- Cours d'emploi hors secteur
- DE inscrit PE / En poursuite de scolarité

Durée du parcours :heures
Mode de financement :

Dossier reçu le :
Dossier finalisé

Date limite d'inscription le **15 mai 2024**

Dossier à retourner au **CEFRAS 49**
Filière TISF – Nelly LEGAULT - 35 Rue de la Barre – 49000 ANGERS

LIEU DE FORMATION SOUHAITEE

- CEFRAS ANGERS** - formation financée par **des places région** / contrats pro / apprentissages / CPF Transition.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CANDIDAT

NOM : Nom jeune fille :

Prénom : Date et lieu de Naissance :

Adresse personnelle :

CP - VILLE : Téléphone fixe : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Téléphone Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Mail :

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

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Vie Maritale Veuf(ve)

Couverture sociale (Sécurité sociale, MSA,.....) : Oui Non au titre d'Assuré (e) ou Ayant droit

N° Sécurité Sociale : .../...../...../...../...../...../..... (joindre la copie de l'attestation sécurité sociale)

Numéro Identifiant National :/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

(ce numéro composé de 10 chiffres et une lettre figure sur les certificats de sorties scolaires ou sur les relevés de notes des diplômes de l'enseignement secondaire)

Etes-vous titulaire du permis B _____ Oui Non

Parcours scolaire / formation professionnelle / diplômes / VAE

(Joindre copie du/des diplôme(s))

Année	Formation	Etablissement	Diplôme obtenu (oui / non)

VAE (Validation des Acquis de l'Expérience) (joindre copie du document DRJSCS)

Dossier validé le : _____ Domaines de formation validés : _____

Titulaire de l'attestation de formation aux premiers secours (PSC1) ? Oui Non

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE PENDANT LA FORMATION

NOM : _____

N° Tél : Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___



VOTRE SITUATION (avant l'entrée en formation)

Cocher la/les cases correspondantes à votre situation et précisez les informations demandées

En formation

- Etudes secondaires
 Etudes supérieures
 Préparation à un concours
- En : Voie initiale (sans employeur)
 Contrat d'apprentissage
 Contrat de professionnalisation
 Autres :

Intitulé de la formation : Année :

Etablissement : Ville :

En emploi

- Dans le secteur social ou médico-social
 Dans un autre secteur :

Intitulé du poste : Depuis :

Etablissement : Ville :

Type de contrat : CDI CDD Autre :

Participation à un dispositif de formation professionnelle destiné à la recherche d'un emploi ou d'une qualification (précisez le type de dispositif)

.....

Sans emploi

- Inscrit(e) à Pôle Emploi / Identifiant Pôle Emploi :
- Non inscrit à Pôle Emploi
- En reconversion professionnelle dans le cadre d'un contrat de sécurisation professionnelle (CSP)
- Autres :

Reconnaissance Travailleur Handicapé (cette information permettra d'adapter le parcours de formation)

J'ai sollicité l'AGEFIPH : oui non
Pour laquelle j'ai obtenu une réponse : favorable défavorable

Autre (Précisez) :

.....

FINANCEMENT ENVISAGE DE LA FORMATION

Avez-vous contacté un organisme pour une prise en charge financière du coût de la formation ?

oui non

Cocher le type de financement envisagé pendant la formation :

<input type="checkbox"/> CPF Projet de Transition Professionnelle (ex CIF)	<input type="checkbox"/> Plan de Développement des Compétences
<input type="checkbox"/> AGEFIPH	<input type="checkbox"/> Budget de l'établissement
<input type="checkbox"/> Conseil Régional (Le CEFRAS s'occupe des dossiers de financement après les résultats d'admission)	<input type="checkbox"/> Pro A
<input type="checkbox"/> Compte Personnel de Formation – N° dossier	<input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation
<input type="checkbox"/> Autofinancement*	<input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage
<input type="checkbox"/> En recherche contrat de professionnalisation ou d'apprentissage	<input type="checkbox"/> Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP)

* Le paiement de la formation peut être échelonné sur l'année. Cependant un versement initial est demandé avant l'entrée en formation.

EMPLOYEUR (à l'entrée en formation)

Coordonnées du siège social de l'employeur :

NOM ETAB :
N° SIRET :
Nom du directeur :
Adresse :
CP : Ville:
N° Tél :
Adresse mail :

Coordonnées du lieu de travail (si différent) :

NOM ETAB :
N° SIRET :
Nom du directeur:
Adresse :
CP : Ville:
N° Tél :
Adresse mail :

Intitulé du poste :

Temps de travail hebdo :H/semaine

Etablissement : public privé (associatif ou entreprise)

Secteur : handicap gérontologique autre _____

IDCC (n° convention collective) :

Pour les personnes en emploi (CDD, CDI, contrat de professionnalisation, contrat d'apprentissage, CPF), indiquer les **coordonnées de l'OPCO de l'employeur ou OPACIF** :

Nom et prénom du contact pour la facturation :

Numéro de téléphone du contact pour la facturation :

Adresse mail pour envoi de la facture :

Si plusieurs apprenants sur cette formation, vous souhaitez recevoir :

- Une facture par apprenant
- Une facture globale

Signature et cachet de l'employeur :

ADMISSION

Le candidat s'inscrit à :

- L'épreuve écrite d'admissibilité le Lundi 27 mai 2024 (matin) au Cefras d'Angers – 35 rue de la barre – 44000 NANTES (**Obligatoire** pour tout candidat, qui à la date de sélection, n'est pas titulaire d'un diplôme classé au moins de niveau IV de la nomenclature des niveaux de formation)
- L'épreuve orale d'admission le mardi 4 juin 2024 au Cefras d'Angers – 35 rue de la barre – 44000 NANTES → (**Obligatoire pour tous**)

Chaque candidat ayant satisfait à l'épreuve d'admission, sera reçu individuellement pour élaborer son parcours de formation en fonction des dispenses ou des allègements auxquels il peut prétendre. (cf note jointe au règlement de sélection)

Le candidat déclare avoir pris connaissance du processus d'admission à la formation et du règlement de sélection. Il en accepte les règles en totalité. Il demande à entrer en formation de TISF au CEFRAS.

Fait à _____ le _____

Signature du candidat précédée de la mention « lu et approuvé »

COUT PEDAGOGIQUE de la FORMATION :

- **Pour les demandeurs d'emploi** : prise en charge par CONSEIL REGIONAL des Pays de Loire (pour le coût pédagogique)
- **Pour les personnes en situation d'emploi** : financement à travers le plan de formation des services employeurs ou CPF PTP CDD ou CDI ou contrat de professionnalisation ou contrat d'apprentissage.....

REMUNERATION ou INDEMNITES POSSIBLES pendant la formation (selon la situation) :

- **Pour les demandeurs d'emploi** : Indemnités POLE EMPLOI, Aide individuelle Région (dans certains cas), RSA
- **Pour les personnes en situation d'emploi** : CDD ou CDI ou contrat de professionnalisation ou contrat d'apprentissage.....CPF PTP

A charge des stagiaires :

- **Épreuves de sélection (épreuve écrite + épreuve orale)**: 165 €
- **Épreuves de sélection (épreuve orale uniquement)** : 100 €

PIÈCES A JOINDRE AU DOSSIER

- Questionnaire de positionnement (Cet écrit sera un support lors de l'entretien d'admission. Il a pour but d'évaluer le niveau de connaissance, de compétence et les expériences du candidat avant l'entrée en formation et de repérer ses besoins afin de l'accompagner au mieux dans son projet de formation.
- Un C.V. précisant le parcours scolaire et/ou professionnel du candidat
- Attestation DREETS VAE (pour les personnes ayant suivi un parcours VAE)
- La copie de l'attestation sécurité sociale
- Une copie de la carte nationale d'identité valide (ou photocopie du titre de séjour si nationalité étrangère)
- 1 photo d'identité (**format 35x45 mm—type photo cabine**) avec nom - prénom inscrit au dos.
- Une copie des diplômes dispensant notamment de l'épreuve écrite et de domaine(s) de formation
- Une copie de l'attestation/notification Pôle Emploi pour les personnes demandeurs d'emploi inscrites à Pôle Emploi
- Une copie de demande auprès de l'AGEFIPH et sa réponse (pour les personnes ayant une reconnaissance travailleur handicapé)
- La copie du diplôme PSC1 (si vous n'êtes pas en possession de ce diplôme, une session de formation sera mise en place lors de la formation).
- 1 chèque de **65 €** à l'ordre du CEFRAS pour une inscription **à l'épreuve écrite d'admissibilité***(encaissé après l'épreuve)
- 1 chèque de **100 €** à l'ordre du CEFRAS pour une inscription **à l'épreuve orale d'admission** (encaissé après l'épreuve). En cas d'échec à l'épreuve écrite, le chèque sera retourné avec le courrier de résultat.

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

NOUS VOUS RAPPELONS QUE VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT SOUSCRIRE A UNE ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE AVANT VOTRE ENTREE EN FORMATION

La loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles 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

CENTRE DE FORMATION ET DE RECHERCHE A LA RELATION D'AIDE ET DE SOINS

SIEGE : Allée Phytolia - BP 80012 - 49120 CHEMILLE EN ANJOU - Tél : 02.41.30.02.40
Centre de formation : 35 rue de la barre - 49000 ANGERS - Tél : 02.41.20.59.90 - courriel : angers@cefras.com
Site internet : www.cefras.com -

N° SIRET : 314 504 432 00027 - APE 8559 A - FORMATION PERMANENTE N° 52 49 00279 49

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné.e Mme, M. (Nom –Prénom) _____

Né.e le : ___/___/___

Demeurant (adresse complète) _____

souhaitant m'inscrire à la formation de Technicien(e) de l'Intervention Sociale et Familiale, déclare sur l'honneur n'avoir fait l'objet d'aucune interdiction administrative ou condamnation pénale en raison d'une infraction incompatible avec les professions ouvertes aux titulaires du diplôme d'Etat de Moniteur Educateur (article L227-10 du CASF et L133-6 du CASF).

Je certifie avoir été informé(e) qu'en cas de fausse déclaration, des poursuites pénales pourront être engagées à mon encontre.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

A _____ le _____

Signature du candidat précédée de la mention « lu et approuvé »