

DOSSIER D'INSCRIPTION 2025

Formation Surveillant de Nuit (SDN)

Dossier arrivé le : _____

Lieu de formation	Adresses de retour du dossier	Date de retour du dossier
<input type="checkbox"/> Nantes Formation 10 mois	CEFRAS 44 -14 boulevard Winston Churchill – 44100 NANTES	16 janvier 2026*
<input type="checkbox"/> Angers Formation 10 mois	CEFRAS 49 – 35 rue de la Barre – 49000 ANGERS	16 janvier 2026*
<input type="checkbox"/> Le Mans Formation 10 mois	CEFRAS 72 – 11 rue Pied Sec – 72100 LE MANS	16 janvier 2026*
<input type="checkbox"/> La Roche sur Yon - Formation 10 mois	CEFRAS 85 – 5 rue Duchesne de Denant – 85000 LA ROCHE SUR YON	16 janvier 2026*

*** Au-delà de cette date, merci de nous contacter pour toute inscription !**

Partie à compléter par le CANDIDAT

État civil :

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Adresse personnelle : _____

CP - VILLE : _____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Mail : _____

Date de Naissance : _____ Lieu de Naissance : _____

N° SECURITE SOCIALE : _____

Couverture sociale (Sécurité sociale, MSA,.....) : ☐ OUI ☐ NON // ☐ Au titre d'assurée ou ☐ ayant droit

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

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)

Reconnaissance Travailleur Handicapé (Les informations ci-dessous nous permettront de vous orienter vers des financements dédiés et/ou d'adapter, si besoin, votre phase d'admission et votre parcours de formation)

- Avez – vous une reconnaissance « travailleur handicapé » (RQTH) ? ☐ oui ☐ non
- Etes – vous bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (BOETH) ? ☐ oui ☐ non

Si vous êtes en situation de handicap, souhaitez-vous porter à notre connaissance vos besoins d'adaptation ou de compensation afin de faciliter votre phase d'admission et votre parcours de formation ? ☐ oui ☐ non

Nom - prénom

Tél :

Lien de parenté : _____

Fait à _____, le _____

Signature du candidat

STATUT à l'entrée en formation

Vous êtes en cours d'emploi :

Quel poste occupez-vous actuellement ?

Date d'entrée : _____

Type de contrat :

- ☐ CDI
☐ CDD
☐ Autre : _____

Vous êtes sans emploi :

(Cocher la case correspondante)

- ☐ Sans emploi inscrit à France Travail
☐ Sans emploi non inscrit à France Travail

PRE-REQUIS DEMANDES

- ✓ Période de **Mise en Situation** en **Milieu Professionnel** ou
✓ Expérience professionnelle de 70 heures minimum, dans la fonction et dans le secteur (au cours des 5 dernières années précédant l'entrée en formation).
✓ **Votre identifiant France Travail :** _____

Partie à compléter par l'EMPLOYEUR

ASSOCIATION

NOM :

Responsable :

Personne à contacter :

Adresse :

CP : _____ Ville :

Tél : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Fax : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

E-mail :

N° SIRET :

IDCC : _____ Convention collective : _____

ÉTABLISSEMENT D'ATTACHE

NOM :

Responsable :

Professionnel à contacter pour le suivi de formation :

Tuteur / fonction et adresse mail :

Adresse :

CP : _____ Ville :

Tél : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Fax : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

E-mail :

N° SIRET :

IDCC : _____ Convention collective : _____

A quelle branche professionnelle votre établissement adhère-t-il :

- ☐ Branche du secteur sanitaire, social, médico-social à but non lucratif
☐ Autres :

Type de public accueilli dans la structure :

- ☐ Protection de l'enfance
☐ Enfant en situation de handicap
☐ Adulte en situation de handicap
☐ Autre : _____
- ☐ Famille
☐ Difficulté Sociale
☐ Gériatrie

FINANCEMENT

Avez-vous passé votre **SST (Sauveteur Secouriste du Travail)** : ☐ oui ☐ non

Si oui, merci de nous fournir obligatoirement votre carte SST et nous préciser les dates de validité :

Du _____ au _____

Coût de la formation :

La formation comprend 231 heures de formation soit 3 118.50€ à cela se rajoute le module optionnel. Ce module comprend 14h de formation qui peut se rajouter au parcours de formation. Ce module est défini lors de l'entretien de positionnement. Le coût global de formation est donc de 3 307.50€ avec le module optionnel.

PARCOURS PARTIEL (merci de cocher la case si vous avez l'un de ces diplômes et de le joindre au dossier d'inscription) – CF. ANNEXE 1

- ☐ Certificat SDN (avant 01/01/15)
☐ Certificat MDM (avant 01/01/15)
☐ Certificat MDM (après 01/01/15)
☐ DE AES
☐ DE AS
☐ SVN surveillant – visiteur de nuit en secteur social et médico-social
☐ ADVF
☐ BEP ASSP

- ☐ BEPA SAP
☐ CQP Agent de prévention et de sécurité
☐ TMA
☐ DE ME
☐ DE TISF
☐ BAC PRO ASSP
☐ BAC PROF SAPAT

Vous êtes en cours d'emploi :

Merci de nous préciser le nom de l'OPCO :

.....

Ce coût sera pris en charge par :

- ☐ Le Budget de l'établissement
☐ L'OPCO
☐ PTP (transition pro)

☐ Autre :

Etablissement :

- ☐ Privé
☐ Public

Vous êtes sans emploi :

- Avez-vous contacté un organisme pour une prise en charge financière (totale ou partielle) ?
☐ oui ☐ non

- Cocher le type de financement envisagé :

- ☐ transition pro ☐ France Travail ☐ CPF
☐ Pro A
☐ Plan de développement des compétences
☐ AGEFIPH
☐ AUTRES :

- Dans le cas où vous ne parvenez pas à trouver un financement extérieur, pensez-vous autofinancer* votre formation ?

☐ oui ☐ non

* Le paiement de la formation peut être échelonné sur l'année. Cependant un versement initial est demandé avant l'entrée en formation (ex : 2000 euros pour un parcours complet).

Nom et prénom du contact pour la facturation :

Téléphone :

Adresse mail pour l'envoi de la facture :

N° siret du financeur :

Si plusieurs apprenants sur cette formation : ☐ 1 facture par apprenant ☐ 1 facture globale

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du Responsable

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

Le CEFRAS s'engage à ce que les traitements de données personnelles soient conformes au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés (cf : www.cefras.com – Rubrique « mentions légales »)

Merci de joindre au dossier :

Pour les salariés SDN en poste :

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

Pour toutes les autres personnes salariées :

- ✓ Copie de l'attestation et appréciation de l'employeur auprès duquel vous avez acquis une expérience professionnelle de **70 heures** en tant que Surveillant de Nuit.

Pour les demandeurs 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 Surveillant de Nuit.

Pièces à fournir par tous les candidats :

- ☐ Une lettre de motivation,
- ☐ Un **C.V. détaillé**
- ☐ Une copie de votre carte SST
- ☐ Une copie de la carte d'identité
- ☐ La copie de vos diplômes obtenus
- ☐ Une photo d'identité (avec nom et prénom inscrit au dos)
- ☐ Une copie de la notification pôle emploi pour les personnes demandeurs d'emploi inscrites à France Travail.
- ☐ Une copie de la notification RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)
- ☐ Une copie de la notification BOETH (Bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés)
- ☐ Une copie de la demande de financement ou de l'accord de financement si déjà obtenu
- ☐ Un chèque de 70 euros concernant l'entretien de positionnement pour les demandeurs d'emploi et les salariés (à joindre absolument au dossier d'inscription lors de l'inscription)



Siège – Allée Phytolia – CS9701 – CHEMILLE – 49120 CHEMILLE EN ANJOU
siege@cefras.com - www.cefras.com

SIRET 314 504 432 00027 - APE 8559 A