

Réservez CEFRAZ :

Cours d'emploi  voie directe

Durée du parcours : .....heures

Mode de financement : .....

N° Etab. : .....

Dossier finalisé

Dossier arrivé le : \_\_\_\_\_

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2025

### Formation Surveillant de Nuit (SDN)

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

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

Partie à compléter par le CANDIDAT

#### Etat 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
- Êtes-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 : \_\_\_\_\_

### ETABLISSEMENT 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  
 Gérontologie

**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](http://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 Phyto – CS9701 – CHEMILLE – 49120 CHEMILLE EN ANJOU  
[siege@cefras.com](mailto:siege@cefras.com) - [www.cefras.com](http://www.cefras.com)

SIRET 314 504 432 00027 - APE 8559 A