**DOSSIER D’INSCRIPTION 2020**

**CAFERUIS Niveau II 820 heures**

**Session 8**

**Rentrée septembre 2020**

**Formation professionnelle continue**

Le dossier est à renvoyer à l’adresse suivante :

CEMÉA Ile-de-France

Formation CAFERUIS

65, rue des Cités

93306 Aubervilliers Cedex

Les frais d’inscription s’élèvent à **130,00 €** (cent trente euros) et sont à joindre à ce dossier.

*En cas de changement de coordonnées ou de situation, merci d’en informer le centre de formation.*

**Dossier à remplir en lettres CAPITALES**

PHOTO

A COLLER

ICI

*Ces informations ont un caractère obligatoire et font l’objet d’un traitement informatique destiné aux services administratifs et pédagogiques des CEMÉA Ile-de-France*

[ ]  Mme [ ]  M.

Nom patronymique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom marital : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Né.e le : .. /.. /.... à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nationalité : Française [ ]  CEE [ ]  Autre [ ]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà participé à l’entretien d’admission des CEMÉA Ile-de-France ? Oui [ ]  Non [ ]

Si oui

Nombre de présentations antérieures : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  **Salarié.e**

 [ ]  CDI

 [ ]  CDD – Date de fin de contrat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  Contrat aidé *(précisez le type de contrat)* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  Autre *(précisez)* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  **En recherche d’emploi :**

 Date d’inscription à Pôle Emploi : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dernier emploi exercé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  **Autre** *(précisez)*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VOTRE STATUT PENDANT LA FORMATION**

Les Ceméa Ile-de-France n’accueillent pas d’étudiant.e en contrat d’apprentissage.

[ ]  Plan de formation

[ ]  Financement par l’employeur hors plan de formation

[ ]  Contrat de professionnalisation

[ ]  Période de professionnalisation

[ ]  Congé de formation professionnelle (pour les agents de la fonction publique) [ ]  Compte personnel de formation ou compte personnel d’activité

[ ]  Congé individuel de formation (CIF) : précisez la nature du CIF

 [ ]  CIF CDI temps plein [ ]  CIF CDI en alternance [ ]  CIF CDD

[ ]  Autre type de contrat (exemple : contrat de formation pour les salarié.e.s de certains Conseils Généraux…) : Conseil Général du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Financement personnel

[ ]  Autre financement :

Je soussigné.e : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Représentant l’établissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En qualité de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorise [ ]  Mme [ ]  M. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

À suivre la formation CAFERUIS qui se déroulera à partir de septembre 2020

Les frais de formation CAFERUIS seront pris en charge par :

[ ]  Notre organisme

[ ]  Le candidat

[ ]  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OPCO dont dépend l’établissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature et cachet**

*Nom et qualité du signataire*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cas** | **Texte de référence** | **Situation** | **Allègement** |
| ***1*** | Article 5Arrêté du 8 juin 2004 | Le candidat justifie :⯈D’un diplôme au moins de niveau III, délivré par l’État et visé à l’article L. 451 du code de l’action sociale et des familles.**Ou****⯈**D’un des diplômes d’auxiliaire médical de niveau III figurant au livre 3 de la quatrième partie du code de la santé publique et de deux ans d’expérience professionnelle **et**, il est en situation d’emploi dans un secteur de l’action sociale ou médico-sociale. | ⯈70 heures sur l’unité de formation « expertise technique ».⯈210 heures sur la formation pratique. |
| ***2*** | Article 12Arrêté du 8 juin 2004 | Le candidat est en parcours VAE, des domaines de compétence ont été validés par le jury VAE. | Enseignements correspondant aux domaines de compétences validés. Pour les allègements concernant la formation pratique, on considère qu’à chaque unité de formation correspond ¼ du temps de stage. |
| ***3*** | Article 2Arrêté du 28 février 2005 | Le candidat justifie de certifications homologuées ou enregistrées au répertoire national des certifications professionnelles au moins de niveau II à la date de publication de l’arrêté ou de certificats délivrés à la suite d’une formation organisée dans un cadre national et listés en annexe IV de l’arrêté. | Expertise technique – Management d’équipe – Organisation du travail – Gestion administrative et budgétaire d’une unité de service.Communication interface et gestion de partenariats. |

**La pédagogie institutionnelle sur laquelle nous construisons nos démarches s’appuie sur la dynamique du groupe en formation et sur les compétences et expériences de l’ensemble des stagiaires.**

C’est pourquoi nous conseillons aux candidats de suivre la totalité du programme de formation théorique. De même, nous encourageons les candidats qui ne sont pas en situation d’emploi de cadre intermédiaire à effectuer la totalité de la durée de stage.

*Ces points sont abordés par les membres du jury lors de l’entretien d’admission.*

[ ]  Demande d’allègement de la moitié du temps de stage, soit 210 heures.

[ ]  Demande d’allègement de 70 heures de l’Unité de Formation « Expertise technique ».

[ ]  Abstention de demande d’allègement de formation théorique et pratique.

Signature et cachet Nom et prénom

Pour l’organisme Signature du candidat

*Nom et qualité du signataire*

Poste occupé actuellement par le candidat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’établissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Site internet : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code FINESS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Fichier national des établissements sanitaires et sociaux)*

**Organisme gestionnaire** (identité juridique)

[ ]  Associatif [ ]  Collectivité territoriale (dép., ASE) [ ]  Hospitalier

Nom de l’établissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Site internet : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code FINESS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Fichier national des établissements sanitaires et sociaux)*

**Caractéristique de l’établissement**

Internat [ ]  [ ]  Externat *(les deux réponses sont possibles)*

**Population Accueillie :**

[ ]  Enfants et jeunes moins de 16 ans [ ]  Adolescents et jeunes majeurs [ ]  Adultes

**Effectif accueilli ou suivi :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Secteur :**

[ ]  Protection de l’Enfance (ASE ; MECS ; Prévention Spécialisée)

[ ]  Protection Judiciaire de la Jeunesse

[ ]  Médico-social (jeunes et adultes en IME, foyer d’hébergement, Impro, ESAT…)

[ ]  Action sociale aux majeurs (CHRS ; hôpitaux de jour…)

[ ]  Médical spécialisé (Hôpitaux, Hôpitaux de jour…)

[ ]  Établissements scolaires spécialisés (Instituts des jeunes sourds ou aveugles…)

[ ]  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Une lettre de motivation manuscrite *(3 à 4 pages)*

[ ]  Un Curriculum Vitae

[ ]  Une photocopie de votre pièce d’identité

[ ]  Une photographie d’identité *(à coller sur la page 1 du dossier)*

[ ]  La photocopie de tous vos diplômes

[ ]  L’accord de principe de l’employeur dûment signé *(voir page 3)*

[ ]  La demande ou l’abstention d’allègement dûment signée *(voir page 4)*

[ ]  **Un chèque de 130 euros libellé à l’ordre des CEMEA-IDF**

**Une facture acquittée vous sera délivrée après encaissement. Nous vous remercions d’inscrire au dos de votre chèque votre nom et prénom.** *Nous vous rappelons que les frais restent acquis au centre de formation en cas d’abandon, excepté pour un motif grave (maladie, etc…) et justifié.*

*Nb : Le règlement peut s’effectuer en espèces en vous déplaçant au centre de formation avant la date limite.*

**Attention : le paiement par mandat cash n’est pas accepté.**

La facture est établie à votre nom et adresse. Si ce n’est pas le cas, merci de préciser l’adresse de facturation :

[ ]  Employeur [ ]  Autre

Nom et adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fait le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du candidat