

# Dossier d'inscription CAFERUIS 2024

Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale

Une formation destinée aux professionnel.le.s du travail social qui souhaitent exercer ou exercent des fonctions d'encadrement et qui s'inscrivent dans une logique de valorisation des acquis et de promotion sociale, à travers l'obtention du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention



## CANDIDAT.E

Mme

M

Nom patronymique : .....

Nom marital : .....

Prénom .....

Adresse du domicile : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Portable : .....

Courriel : .....

Né.e le : ...../...../..... à : .....

Numéro de Sécurité Sociale .....

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 : .....

Avez-vous déjà été sélectionné.e en 2022 ou 2023 : Oui  Non

## CAFERUIS

Niveau 6 : 820 heures

### 1. PARCOURS COMPLET

Bloc 1, Bloc 2, Bloc3  
et Bloc 4

### 2. PARCOURS MODULAIRE

Bloc 1

Bloc 2

Bloc 3

Bloc 4

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

**Le dossier est à renvoyer à l'adresse suivante :**

**CEMÉA Ile-de-France  
Formation CAFERUIS  
65, rue des Cités  
93306 Aubervilliers**

## SITUATION ACTUELLE DU CANDIDAT

**Salarié.e**

- CDI
- CDD – Date de fin de contrat : .....
- Contrat aidé (*précisez le type de contrat*) : .....
- Contrat de professionnalisation
- Intérimaire
- Autre (*précisez*) : .....

**Apprenti.e**

**Demandeur d'emploi :**

- Date d'inscription à Pôle Emploi : .....
- Dernier emploi exercé : .....

**Autre (*précisez*) :** .....

## PLAN DE FINANCEMENT

Coût de la formation hors test admission : 7600 Euros TTC

Financement par l'employeur via plan de formation :  Total  Partiel

Financement par l'employeur hors plan de formation :  Total  Partiel

Financement par le candidat :  Total  Partiel

Financement pole emploi :  (*montant*) .....

Financement via projet de transition professionnelle (PTP)  Total  Partiel

Congé de formation professionnelle (*pour les agents de la fonction publique*):

Compte personnel de formation "CPF"  (*montant*) .....

Autres organismes financeurs : .....

**Ce plan de financement devra être confirmé par un devis après l'admission et avant le début de la formation.**

## ACCORD DE PRINCIPE DE L'EMPLOYEUR

Je soussigné.e : .....

Représentant l'établissement : .....

En qualité de : .....

Autorise  Mme  M. : .....

À suivre la formation CAFERUIS qui se déroulera à partir de septembre 2024

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

## **Informations relatives au parcours du candidat et aux certifications antérieures**

### **Dispense de formation et de certification de bloc de compétences :**

**Le candidat bénéficie de la validation d'un ou plusieurs blocs de compétences au titre des situations suivantes :**

Précédente présentation au CAFERUIS

Intitulé du ou des blocs de compétences validés et année d'obtention :

Validation des acquis de l'expérience

Intitulé du ou des blocs de compétences validés et année d'obtention :

Je soussigné.e .....

En qualité de directeur/directrice de l'établissement de formation.....

..... Certifie que .....

Bénéficie des validations référencées ci-dessus.

Cachet de l'établissement de formation

Signature du directeur ou de la  
directrice de l'établissement

## **Textes se rapportant aux allègements**

**Les allègements de formation référencés à l'annexe du journal officiel du 1er septembre 2022 ne s'appliquent qu'aux titulaires d'un diplôme d'Etat du travail social classé au niveau 5 ou au niveau 6 du cadre national des certifications professionnelles.**

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       Internat et Externat

## 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 : .....

## PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER ET FACTURATION

- 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)
- Pour les moins de 25 ans photocopie Journée Défense et Citoyenneté
  
- 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