

Session préparatoire à la sélection CAFDES

Épreuves écrite et
orale

Merci de coller
votre photo
d'identité

A retourner le 4 octobre 2019 à :

ASKORIA Management - site de Rennes
2 avenue du Bois Labbé
CS 44238 - 35042 RENNES Cedex

Madame

Monsieur

Nom d'usage : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance : / / Age :

Lieu de naissance : Département :

N° de sécurité sociale : | | | | | | | |

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Mobile :

Courriel :

Situation actuelle

Si vous êtes en situation d'emploi : en CDI en CDD Date de fin de contrat : | | | | |

Nom et adresse de l'employeur actuel:

Code postal : Ville : Téléphone :

Courriel :

Population accueillie par l'établissement :

Directeur en poste du secteur privé

Directeur administratif d'association

Directeur en poste du secteur public

Formateur ou cadre du secteur social

Directeur adjoint

Psychologue

Chef de service

Cadre hors secteur social

Cadre socio-éducatif

Profession paramédicale :

Conseiller socio-éducatif

Demandeur d'emploi

Autres :

Date d'entrée en fonction :



Si vous êtes en situation de demandeur d'emploi :

N° d'identifiant Pôle Emploi: | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de la dernière inscription: | | | | |

Bénéficiez-vous d'une indemnisation? Oui Date de fin d'indemnisation: | | | | | Non

Si oui, à préciser :

Diplômes scolaires, universitaires et professionnels

Année	Etablissement (nom et lieu)	Diplômes obtenus *	Niveau **	Date d'obtention du diplôme

* joindre impérativement la copie des diplômes obtenus

** si nécessaire, se reporter au R.N.C.P. (Répertoire National des Certifications Professionnelles) www.cnpc.gouv.fr

Activités professionnelles

Nom de l'employeur	Fonction exercée	Date de début et de fin
		Du au
		Du au
		Du au
		Du au
		Du au
		Du au
		Du au

Accès à la sélection CAFDES

Situation permettant l'accès à la sélection :

- Directeur(rice) d'établissement ou de service en fonction dans le champ de l'action sociale, médico-sociale ou sanitaire
- Titulaire d'un diplôme ou certificat ou titre homologué ou inscrit au R.N.C.P. au moins de niveau II
- Titulaire d'un diplôme national, ou diplôme visé par le ministre chargé de l'enseignement supérieur sanctionnant un niveau de formation correspondant au moins à trois ans d'études supérieures
- Titulaire d'un diplôme mentionné au code de l'action sociale et des familles ou au code de la santé publique, homologué ou inscrit au R.N.C.P. au niveau III, et justifiant d'une expérience professionnelle d'un an dans une fonction d'encadrement ou de trois ans dans le champ de l'action sanitaire, sociale ou médico-sociale

Nature du contrat - Financement de la formation

Financement de la formation	Accordé*	En cours**	Réponse prévue le	Montant total**
<input type="checkbox"/> Plan de développement des compétences
<input type="checkbox"/> CPF de transition :
<input type="checkbox"/> CPF autonome :
<input type="checkbox"/> Pro A Indiquez l'O.P.C.O :
<input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation
Indiquez l'O.P.C.O. :
<input type="checkbox"/> Autres financements employeur :
<input type="checkbox"/> A.G.E.F.I.P.H. (joindre copie de la notification M.D.P.H.)
<input type="checkbox"/> Financement Région Bretagne (Qualif emploi individuel...)
<input type="checkbox"/> Financement personnel
<input type="checkbox"/> Autre :
<i>Le total des sommes indiquées dans cette case doit être égal au montant total des frais de formation, soit 1 011,85 € TOTAL :</i>				

* Indiquer le montant et joindre l'accord de financement

**Indiquer le montant

Fait àle

Si l'employeur est le financeur, merci d'indiquer les renseignements suivants :

Pour le candidat en formation continue (cours d'emploi), visa de l'employeur

Nom, prénom et qualité du signataire

.....

Signature et Cachet
de l'établissement employeur

Signature du candidat



Nom et Prénom du signataire :

Fonction du signataire :

Tél: Courriel :

Adresse de facturation :

.....

Date limite d'inscription

Le dossier d'inscription complet devra nous parvenir pour le 4 octobre 2019

Personnes à contacter

Virginie GUYON – Secrétaire de formation

02 99 59 15 79 - virginie.guyon@askoria.eu

Marie-Andrée FERRON-LAVAIRYE : Responsable de la formation

CAFDES Téléphone : 02 99 59 41 41 Courriel : rennes@askoria.eu

Liste des pièces à joindre (merci de les classer dans l'ordre indiqué ci-dessous)

- Le présent dossier d'inscription
- Deux photos d'identité dont 1 collée sur le présent dossier
- Un Curriculum Vitae faisant état de vos compétences à partir des activités réalisées
- Une photocopie des diplômes obtenus
- Les pièces justificatives de l'expérience professionnelle (attestation de l'employeur, certificate de travail...) précisant les durées et les fonctions exercées
- Une photocopie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité
- Une photocopie de la carte vitale et de l'attestation de carte vitale
- Une attestation d'emploi pour les candidats en poste de Directeur d'établissement ou de service

Je déclare sur l'honneur que tous les renseignements que je fournis sont exacts et je reconnais que toute fausse déclaration pourra entraîner l'annulation de mon admission en formation.

Date et signature

Toutes les rubriques doivent être complétées.

Tout dossier incomplet ou envoyé après la date prévue ne sera pas examiné.

