

FICHED'INSCRIPTION

**Préparation aux métiers de l'intervention sociale
Session 2020 /2021**

Le dossier est à renvoyer au Pôle Formation & Recherche

Par voie postale :

Institut Saint-Simon – 3 Avenue du Général De Crouette CS 13 721 - **31037 TOULOUSE Cedex**

Par Mail : b.arcos@arseaa.org

Indiquez le site choisi :

Albi

Tarbes

Toulouse

Le Centre de Formation se réserve la possibilité de déterminer le lieu de formation en fonction de l'équilibre des effectifs et au vu des situations géographiques des candidats

CANDIDAT

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance : / / / / / /

Lieu de naissance

Adresse :

.....

Tél. domicile : / / / / / / / / / / / / / / / /

Portable : / / / / / / / / / / / / / / / /

Mail :@.....

N° sécurité sociale : /

Nationalité :

(Si vous êtes étranger, copie certifiée conforme par la structure du titre vous autorisant à exercer une activité professionnelle)



Veillez nous préciser le choix du (ou des) concours envisagé(s)

.....

.....

SCOLARITE

CLASSE FREQUENTEE	ANNEE	DIPLOME OBTENU (date d'obtention)
<u>ENSEIGNEMENT GENERAL :</u>		*Veuillez préciser la série du baccalauréat
<u>ENSEIGNEMENT TECHNIQUE :</u>		
<u>ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :</u>		

Date de sortie du système scolaire :

INFORMATIONS RELATIVES AUX PARENTS (POUR LES CANDIDATS MINEURS)

Nom : Prénom(s)

Adresse :
.....
.....

Tél. domicile : / / / / / / / / / / / / / / / /

Portable : / / / / / / / / / / / / / / / /

Mail :@.....

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Téléphone : Portable :

Pour les personnes en situation d'emploi

SITUATION ACTUELLE

Demandeur d'emploi : Oui Non

- Inscrit à POLE EMPLOI depuis le
- Rémunéré par POLE EMPLOI depuis le :
- pour une durée de :

Salarié : Oui Non

- Employeur :
- Adresse :
- TéléphoneMail
- Fonction exercée dans l'établissement :
- Nature du contrat : précisez (CDI, CDD, Contrat de professionnalisation, contrat aidé,).....
- Date d'entrée dans l'Etablissement :
- Date de fin de contrat : (si temporaire)
- Travaillez-vous à temps complet ? Oui Non
- Si non, quel est votre temps de travail, par semaine :

Participez-vous au financement de votre formation ? Oui Non

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR :

Nom ou raison sociale :

Adresse :

Téléphone :Fax :E-mail :

Personne à contacter, chargée du dossier :

Convention Collective :

Code APE :

Code SIRET :

Code FINESS :

OPCO : OPCO Santé OPCO Cohésion Sociale OPCO EP

Autre :

Adresse exacte de facturation :

*** Fonction du candidat dans l'établissement :**

*** Quelles personnes sont accueillies dans l'établissement où travaille le candidat ?**

***Service ou groupe dans lequel le candidat est affecté** (caractéristiques spécifiques du public)

Je soussigné(e) avoir pris connaissance de la procédure d'admission et de la présentation de la formation et déclare sur l'honneur que les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont sincères et véritables. Je me porte candidat(e) à l'entrée en formation Prépa.

Fait à

En date du :

Signature du candidat :

Signature des parents (pour les candidats mineurs):

DOCUMENTS A JOINDRE :

- ✗ La photocopie recto verso de votre carte d'identité
 - ✗ 2 photos d'identité (portant votre nom au dos)
 - ✗ Une lettre de motivation manuscrite
 - ✗ Déclaration sur l'honneur signée
 - ✗ Un Curriculum Vitae
 - ✗ Un chèque de 120 € à l'ordre du Pôle Formation & Recherche - Institut Saint Simon correspondant aux arrhes
 - ✗ Un justificatif d'assurance couvrant la responsabilité civile
- Attention :** En cas de désistement, les arrhes restent acquises à l'institut

CADRE RESERVE AU CENTRE DE FORMATION :

SUIVI DU DOSSIER DU STAGIAIRE

- La photocopie recto verso de votre carte d'identité
- 2 photos d'identité (portant votre nom au dos)
- Un chèque de 120 € à l'ordre du Pôle Formation & Recherche - Institut Saint Simon correspondant aux arrhes
- Un justificatif d'assurance couvrant la responsabilité civile

➤ N° Convention :

➤ Convention envoyée le :

➤ Convention retournée signée le :

Remarques :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

AUTORISATION DU CANDIDAT FINANCEMENT INDIVIDUEL

A compléter par le candidat en cas de paiement total ou partiel

Je, soussigné.....

Adresse :

.....

Numéro(s) de téléphone :

*m'engage à suivre et à financer la **Préparation aux métiers de l'intervention sociale** d'une durée de : 315 heures théoriques et 140 heures pratiques (minimum)*

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION A LA CHARGE DE LA PERSONNE EN FORMATION :

Année 2020 :

Année 2021 :

Merci de préciser la ou les demandes effectuées

Pôle Emploi (joindre impérativement notification d'indemnisation)

Autres :

(cocher la case correspondante SVP)

Joindre obligatoirement la photocopie des justificatifs (notification d'indemnisation Pôle Emploi, prise en charge OPCO, autres...)

En remplissant cette partie, vous vous engagez à fournir à l'Institut Saint Simon tous documents relatifs à la prise en charge financière dès acceptation par les différents organismes tout au long de votre formation.

Information sur le paiement candidat individuel: le candidat dispose d'un délai de rétractation de 10 jours après la signature du contrat de formation professionnelle. Les paiements sont échelonnés par trimestre, dus au premier jour du trimestre. En cas d'annulation de l'inscription avant le début de l'action aucune somme ne sera exigée. En cas d'abandon en cours de formation, les heures programmées sont facturables jusqu'à la date de réception de la notification écrite signifiant l'abandon (Lettre RAR).

Tous les items de cette attestation doivent être obligatoirement remplis.

Fait à, le

Bon pour accord

Signature du stagiaire

CONFIRMATION D'AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

Financement acquis

(A compléter par l'employeur)

Je soussigné

Directeur ou Responsable de l'établissement :

.....

Adresse

.....

autorise Madame, Mademoiselle, Monsieur

à suivre la formation préparatoire aux concours des secteurs éducatif, sanitaire et social
d'une durée de 315 heures d'octobre 2020 à avril 2021

Cette formation se déroulera dans le cadre :

(Cochez la case correspondante)

- D'un Contrat à Durée Indéterminée

Les bénéficiaires des contrats suivants ne pourront être inscrits que si l'employeur s'engage pour le cycle complet de formation

- D'un Contrat à Durée Déterminée

Durée de date à date :

- Renouvellement :
dont la durée du travail hebdomadaire ou mensuelle s'élève à
.....heures

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION A LA CHARGE DE L'EMPLOYEUR :

- Plan de formation
 Autre (précisez).....

(Cochez la case correspondante SVP)

En cas de financement autre que le plan de formation de l'entreprise, veuillez joindre une photocopie de la prise en charge :

-
-

- Autorisation ferme (financement acquis)
- En attente de financement

(Dans ce cas, une confirmation de financement devra nous être adressée par écrit, au plus tard 3 semaines avant l'entrée du stagiaire en formation)

(Cocher la case correspondante SVP)

- Si la prise en charge des frais de formation n'est que partielle, veuillez préciser le montant:

.....

- Dans ce cas précis, quel sera le mode de financement complémentaire :

- Montant :

- Montant :

Tous les items de cette attestation doivent être obligatoirement remplis.

Fait à, le

Signature du stagiaire

Cachet et signature de l'employeur

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)

déclare n'avoir pas fait l'objet d'interdiction administrative ni de condamnation pénale en raison d'une infraction incompatible avec les professions du secteur social et médico-social (article L227-10 du CASF et L133-6 du CASF)

Fait à

Le

Signature*

* Faire précéder la signature de la mention « *lu et approuvé* »