

DOSSIER D'INSCRIPTION

Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social Certificat de spécialité

Choix du site de formation :

- ALBI RODEZ TARBES TOULOUSE

Nom patronymique : Prénom :

Nom d'usage :

Vous êtes titulaire :

- Du DE AMP : oui non
- Du DE AVS : oui non
- Du DE AES : oui non Si oui, précisez la spécialité acquise : _____

Indiquez votre projet de spécialité :

- Accompagnement de la vie à domicile
- Accompagnement de la vie en structure collective
- Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire

Votre situation face à l'emploi :

Vous occupez un emploi : oui non

Si oui, précisez le nom et le type d'établissement :

Poste occupé :

Pièces à joindre à votre dossier :

- Un curriculum vitae
- Une lettre de motivation
- La copie recto/verso de votre pièce d'identité en cours de validité (CNI, Passeport, titre de séjour,...)
- 3 photos d'identité
- La copie de vos diplômes (pour les diplômes étrangers, une attestation d'équivalence)
- Un certificat médical de non contagion et de vaccinations (DT POLIO)
- L'attestation sur l'honneur
- Un justificatif d'assurance couvrant la responsabilité civile
- Chèque à l'ordre de : INSTITUT SAINT-SIMON-ARSEAA, d'un montant de :
 - 35 euros pour les frais de dossier
- Un justificatif MDPH précisant les aménagements nécessaires (si demande d'aménagement des épreuves)
- Ce dossier complété et signé

Réservé au Centre de Formation

Choix de spécialisation	Financement	Statut
<input type="checkbox"/> Accompagnement de la vie à domicile		<input type="checkbox"/> Stages 175 h
<input type="checkbox"/> Accompagnement de la vie en structure collective	<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> Autofinancement <input type="checkbox"/> CSP <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Emploi
<input type="checkbox"/> Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire la vie en structure collective		

LE CANDIDAT

Nom patronymique Prénom
Nom d’usage
Né(e) le à Âge
Nationalité
Adresse personnelle
Code postal Ville
Tel Portable
Mail
Travailleur Handicapé : oui non

SITUATION D’ENTREE EN FORMATION

1 - Salarié en cours d’emploi d’AES

Etablissement employeur pendant la formation :

Nom de l’établissement
Type d’établissement
Adresse
Téléphone Fax
Mail
Personne à contacter

Type de contrat de travail :

- | | | | |
|--|-------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CDI | | <input type="checkbox"/> Temps plein | <input type="checkbox"/> Temps partiel |
| <input type="checkbox"/> CDD | du au | <input type="checkbox"/> Temps plein | <input type="checkbox"/> Temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Contrat Pro | du au | <input type="checkbox"/> Temps plein | <input type="checkbox"/> Temps partiel |
| <input type="checkbox"/> CAE | du au | <input type="checkbox"/> Temps plein | <input type="checkbox"/> Temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Autre contrat | du au | <input type="checkbox"/> Temps plein | <input type="checkbox"/> Temps partiel |

Poste occupé :

.....

Décrivez ce que vous faites sur le poste de travail que vous occupez actuellement :

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

2 - Salarié en non fonction d'AES

Nom de l'établissement
Adresse
.....
Téléphone Fax
Mail
Personne à contacter

Facturation de la formation

CIF Employeur OPCA :

3 – Demandeur d'emploi

Vous êtes inscrit à Pôle emploi depuis le :
N° identifiant Pôle-emploi :
Vous êtes indemnisé par Pôle-Emploi depuis le :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom Prénom
Adresse
.....
Code postal Ville
Tel Portable

Déclaration sur l'honneur

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 (art. 22-II de la loi 68-690 du 31/07/68). Je me porte candidat(e) à la sélection d'entrée en formation d'Accompagnant Educatif et Social.

Fait à le

Signature du stagiaire

A renvoyer à l'Institut Saint-Simon selon le centre de formation choisi

Institut Saint-Simon – Le Prestil – **81990 LE SEQUESTRE**

Institut Saint-Simon – 2 Rue Morane SAULNIER – Bâtiment A – **65000 TARBES**

Institut Saint-Simon – 3 avenue du Général de Croutte – CS 13721 – 31037 TOULOUSE CEDEX 1

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom ou raison sociale :

Adresse :

.....

Téléphone : Fax :

Mail :

Personne à contacter, chargée du dossier :

Code APE :

Code SIRET :

CODE FINESS :

OPCA (précisez) :

Adresse exacte de facturation :

.....

.....

AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e)

Directeur(trice) de

Autorise sous réserve d'obtention du financement par :

- Le plan de formation
- Le Congé Individuel de Formation
- Autre

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

Madame, Monsieur,

Employé(e) dans mon établissement en qualité de :

Depuis le :

Nature du contrat (CDI, CDD, CAE ? Contrat de professionnalisation, etc...) :

.....

Pour les CAE et CDD jusqu'au :

A suivre la formation du Certificat de Spécialité d'Accompagnant Educatif et Social à l'Institut Saint-SIMON – ARSEAA

à partir de jusqu'à

Madame, Monsieur sera en fonction d'Accompagnant Educatif et Social sur la spécialité souhaitée : OUI NON

Si OUI, j'autorise mon salarié à suivre la formation comme suit : 147 heures de formation théorique + 175 heures de pratique professionnelle au sein de l'établissement employeur.

L'établissement s'engage à être le support de la formation en situation d'emploi sur les 6 mois de la formation.

Si NON, j'autorise mon salarié à suivre la formation comme suit : 147 heures de formation théorique + 175 heures de stage externe à l'établissement employeur.

Fait à, le

Signature et cachet de l'établissement

Fonction du signataire

PRISE EN CHARGE DES FRAIS

NOM – PRENOM :

ADRESSE :
.....
.....

Vous demandez le financement des FRAIS DE FORMATION (1 690,50 €) par :

- Le Congé Individuel de Formation
- Un Congé de reclassement
- Un autre financement (précisez) :

Si la prise en charge des frais de formation n'est que partielle, veuillez préciser quel sera le montant du financement complémentaire :

.....
.....

Veuillez joindre obligatoirement une copie de la prise en charge.

Fait à, le
Signature du stagiaire

FINANCEMENT INDIVIDUEL : ENGAGEMENT DU CANDIDAT

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

NOM – PRENOM :

ADRESSE :

.....
.....

Financement des frais de formation :

Prise en charge* par CIF, OPCA, etc....

Montant :

*Joindre obligatoirement la photocopie des justificatifs de prise en charge

Prise en charge individuelle

Montant :

Je m'engage à financer le montant restant à ma charge pour la formation Certificat de Spécialité d'Accompagnant Educatif et Social.

Information sur le paiement candidat individuel : Le candidat dispose d'un délai de rétractation de 10 jours après la signature du contrat de formation professionnel. Les paiements sont échelonnés par trimestre, dus au 1^{er} jour du trimestre.

En cas d'annulation de l'inscription avant le début de l'action, aucune somme ne saura 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).

Fait à, le

Signature du stagiaire



3 Avenue du Général De Croutte
CS 13721
31037- TOULOUSE Cedex 1
Tél. : 05.61.19.09.49
site : www.institutsaintsimon.com

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné

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

Fait à

Le

Signature*

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