

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social

**Choix de la formation et du site :**

Formation Continue  TOULOUSE  ALBI  RODEZ  TARBES

Nom de Naissance : ..... Prénom : .....

Nom épouse : .....

Si vous connaissez votre projet de spécialité, précisez-le. Ce choix sera validé lors de la période de détermination.

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

**Attention :** l'organisme de formation se réserve le droit de ne pas mettre en œuvre une spécialité si le nombre de stagiaire, après la période de détermination, est inférieur à 5.

Votre situation face à l'emploi :

Vous occupez un emploi :  oui  non

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

Poste occupé : .....

Etes-vous titulaire d'un diplôme dispensant de l'épreuve écrite d'admissibilité (cf procédure d'admission page 1) :  oui  non

Etes-vous titulaire du DE AMP ou du DE AVS :  oui  non

**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 (dont 1 collée sur ce dossier)
- La copie de vos diplômes (pour les diplômes étrangers, une attestation d'équivalence)
- Un certificat médical de non contagion et de vaccinations (DT POLIO)
- Un justificatif d'assurance couvrant la responsabilité civile
- Chèques à l'ordre de : INSTITUT SAINT-SIMON-ARSEEA, d'un montant de :
  - 65 euros** pour les candidats se présentant à l'épreuve écrite
  - 96 euros** pour les candidats se présentant uniquement à l'épreuve orale

Les candidats reçus à l'écrit devront nous confirmer leur inscription à l'épreuve orale à l'aide d'un coupon et d'un chèque de **61€** correspondant à l'épreuve orale.

  - 35 euros** pour les candidats dispensés des épreuves d'admission
- 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	Dispense	Statut	M C	Stages
<input type="checkbox"/> Accompagnement de la vie à domicile	<input type="checkbox"/> sélection écrite <input type="checkbox"/> Sélection orale	<b>18 mois</b> <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> Autofinancement  <b>12 mois</b> <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> CSP <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> DE AMP	<input type="checkbox"/> 140 h
<input type="checkbox"/> Accompagnement de la vie en structure collective	<input type="checkbox"/> DC1 <input type="checkbox"/> DC2 <input type="checkbox"/> DC3 <input type="checkbox"/> DC4		<input type="checkbox"/> DE AVS	<input type="checkbox"/> 840 h
<input type="checkbox"/> Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire <input type="checkbox"/> la vie en structure collective			<input type="checkbox"/> 175 h	



## 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 (à remplir obligatoirement) :**

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  
(pour RODEZ et ALBI, envoyer au Séquestre)**

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

Institut Saint-Simon – 2, rue Morane Saulnier – Bât 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 d'Accompagnant Educatif et Social à l'Institut Saint-SIMON – ARSEEA tir du ..... au .....

Madame, Monsieur ..... sera en fonction d'Accompagnant Educatif et Social :  OUI  NON

Si OUI, j'autorise mon salarié à suivre la formation comme suit : 525 heures de formation théorique + 140 heures de stage externe à l'établissement employeur.

L'établissement s'engage à être le support de la formation en situation d'emploi sur les 18 mois de la formation.

Si NON, j'autorise mon salarié à suivre la formation comme suit : 525 heures de formation théorique + 840 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 : FORMATION EN 22 MOIS

NOM – PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

Vous demandez le financement des FRAIS DE FORMATION (6037.50 €) 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 :

.....

.....

Veillez 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 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<sup>er</sup> 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



Pôle Formation et Recherche - Institut Saint Simon

## 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* »