

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION DE

SURVEILLANT(E) DE NUIT QUALIFIE(E)

MAITRE(SSE) DE MAISON

Session 2017 /2018

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

Institut Saint-Simon ARSEAA – Le Prestil – **81990 LE SEQUESTRE (Albi)**

Institut Saint-Simon ARSEAA – IUT – 1, rue Lautréamont – Université Paul Sabatier- Toulouse 3 BP 1624 – **65016 TARBES**

Institut Saint-Simon ARSEAA– **3, Avenue du Général De Crouette - CS 13721 - 31037 TOULOUSE Cedex 1**

* cocher la case

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

Identité du Candidat :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance : / / / / / / / / / /

à

Adresse :

.....

Tél. domicile : / / / / / / / / / /

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

Mail :@.....

Êtes-vous d'accord pour que votre adresse mail soit communiquée à l'Association des Travailleurs Sociaux en Formation ?)

oui non

N° sécurité sociale : / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / /

Nationalité :

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

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : Portable :

Mail :@.....

SITUATION ACTUELLE

Demandeur d'emploi : oui non

Inscrit(e) au Pôle Emploi, depuis le :.....(dates à préciser)

Rémunéré(e) oui non

Si oui, depuis le

Pour une durée de

Expérience professionnelle dans la fonction choisie (15 jours minimum) réalisée

Oui Non

Salarié(e) : oui non

Raison sociale de l'Etablissement employeur :

Nom du Directeur :

Nom du Chef de Service :

Adresse :

.....

Téléphone : / / / / / / / / / / / / / / / / /

Fax : / / / / / / / / / / / / / / / / /

Mail :@.....

Fonction exercée dans l'établissement :.....

Contrat de travail : CDI CDD Contrat de professionnalisation

Contrat Aidé Autre, précisez :.....

Date d'entrée dans l'établissement :

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 aux frais de financement de votre formation ? oui non

Adresse exacte de facturation :

Siège Social :

.....

Ou

Etablissement Employeur :

.....

Personne à contacter, chargée du dossier :

Code APE :

Code SIRET :

Code FINESS :

OPCA :

UNIFAF Uniformation OPCA PL- Formahp AGEFOS PME

Autre :

*** 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)

.....

.....

.....

A COMPLETER PAR LE CANDIDAT :

DESCRIPTION DETAILLEE DE VOTRE FONCTION OU EXPERIENCE DE STAGE :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOCUMENTS A JOINDRE :

- La photocopie recto verso de votre carte d'identité
- 2 photos d'identité (portant votre nom au dos)
- Curriculum Vitae
- Pour les demandeurs d'emploi : Une attestation employeur validant une expérience de 15 jours dans la fonction demandée ou l'évaluation professionnelle effectuée à l'issu d'une PMSMP de 15 jours (Période de Mise en Situation en Milieu Professionnel)
- Un chèque de 35€ à l'ordre de l'ARSEEA – Institut Saint Simon (Frais de dossier)
- Un justificatif d'assurance responsabilité civile

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e)
atteste 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).

Fait à le

Signature du stagiaire

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)
- Curriculum Vitae
- Attestation d'expérience professionnelle pour les demandeurs d'emploi
- Chèque de 35€
- Un justificatif d'assurance responsabilité civile

N° Convention :

Convention envoyée le :

Convention retournée signée le :

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONFIRMATION D'AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR
Financement acquis ou en attente
(A compléter par l'employeur)

Je soussigné

Directeur ou Responsable de l'établissement :

.....

Adresse

.....

autorise Madame, Mademoiselle, Monsieur

à suivre la formation de

- Surveillant(e) de nuit qualifié(e) Maître(sse) de maison),

CONTRAT DE TRAVAIL :

(Cochez la case correspondante)

- D'un Contrat à Durée Indéterminée
- D'un Contrat de Professionnalisation
Durée de date à date :

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 :
- **Si contrat aidé :**
Type de contrat : (Précisez)
Durée de date à date :
- Renouvellement :
dont la durée du travail hebdomadaire ou mensuelle s'élève
àheures

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION :

- Plan de formation hors temps de travail avec accord du salarié (le cas échéant sous la forme d'une période de professionnalisation)
- CFP
- Autre (précisez :

En cas de financement autre que le plan de formation de l'entreprise, veuillez joindre :

Une photocopie de la prise en charge :

- de l'OPCA (en cas de CIF, Contrat de Professionnalisation...)
- et/ou de la DDTE.

Une photocopie du contrat de travail

Veillez préciser :

- Autorisation ferme (financement acquis)
- En attente de financement (Dans ce cas, une confirmation de financement devra nous être adressée par écrit, au plus tard avec la convention de formation, avant l'entrée du stagiaire en formation)

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

Mode

Montant

Tous les items de cette attestation doivent être obligatoirement remplis.

J'atteste avoir pris connaissance du document relatif à la présentation de la formation et de la procédure d'admission.

Fait à, le

Signature du stagiaire

Cachet et signature de l'employeur

AUTORISATION DU CANDIDAT FINANCEMENT INDIVIDUEL

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

Je, soussigné.....

Adresse :

.....

Numéro(s) de téléphone :

***m'engage à suivre et à financer la formation (ou une partie de la formation) de surveillant de nuit
ou maitresse de maison***

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

Année 2017 :

Année 2018 :

Merci de préciser la ou les demandes effectuées

- AGEFIPH
- Congé Individuel de formation
- Autres :

(cocher la case correspondante SVP)

En remplissant cette partie, vous vous engagez à fournir à l'Institut Saint Simon tous documents relatifs à une 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