

**FICHE D'INSCRIPTION**  
**RESERVEE AUX CANDIDATS DANS LE CADRE DE LA FORMATION CONTINUE**  
**Formation préparatoire aux concours des secteurs éducatif et social**  
**Formation Ouverte A distance**  
**Session septembre 2017 à janvier 2018**

**A renvoyer à :**  
**Institut Saint-Simon ARSEAA**  
**Le Prestil – 81990 LE SEQUESTRE**

**CANDIDAT**

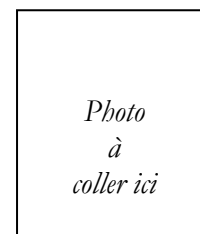
**Nom d'usage :** .....

**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 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<br>(date d'obtention)        |
|---------------------------------|-------|---|
| <b>ENSEIGNEMENT GENERAL :</b>   |       |   |
|                                 |       | *Veuillez préciser la série du baccalauréat |
| <b>ENSEIGNEMENT TECHNIQUE :</b> |       |   |
|                                 |       |   |
| <b>ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :</b> |       |   |
|                                 |       |   |

Date de sortie du système scolaire :

.....

## 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 : .....
- .....
- Téléphone .....Mail .....
- 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 : .....

OPCA :  Unifaf       Uniformation  OpcaPL     Agefos PME     Autre : précisez

**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) .....

.....

Fait à : .....

En date du : .....

Signature du candidat

**DOCUMENTS A JOINDRE :**

- × Une lettre de motivation
- × Un Curriculum Vitae
- × Le chèque de 50 € à l'ordre de ARSEAA – Institut Saint Simon

**Attention :** En cas de désistement, les frais de dossier restent acquis à l'institut

**CADRE RESERVE AU CENTRE DE FORMATION :**

**SUIVI DU DOSSIER DU STAGIAIRE**

Un chèque de 50 € à l'ordre de ARSEEA – Institut Saint Simon correspondant aux frais de dossier

Justificatif d'assurance couvrant la responsabilité civile

➤ N° Contrat de formation : .....

➤ Contrat de formation envoyé le : .....

➤ Contrat de formation retourné signé le : .....

**Remarques :** .....

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

**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 **FOAD préparatoire aux concours des secteurs éducatif et social** session 2017,  
d'une durée de : **90 heures**

**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).....

(Cocher 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

## 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 **FOAD préparatoire aux concours des secteurs éducatif et social session 2017** d'une durée de : **90 heures***

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

Année 2017 :

#### Merci de préciser la ou les demandes effectuées

- Pôle Emploi (joindre impérativement notification d'indemnisation)
- CIF CDD
- Autres : .....

(cocher la case correspondante SVP)

**Joindre obligatoirement la photocopie des justificatifs (notification d'indemnisation Pôle Emploi, prise en charge OPCA, 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:

- En cas d'annulation de l'inscription avant le début de l'action, seul les frais de dossier restent acquis. Le candidat dispose d'un délai de rétractation de 10 jours après la signature du contrat de formation professionnelle. 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**