

Dossier d'inscription Accompagnant Educatif et Social

**Date limite d'inscription : 8 jours avant l'entrée en formation
(Adresses de retour du dossier en avant dernière page)**

Pour consulter nos dates de réunions d'informations et d'admission, rendez-vous sur notre site : www.cefras.com



Réservé CEFRAS :

Dossier reçu le :

En emploi dans le secteur

En emploi hors secteur

DE inscrit à France Travail

Parcours possible :

Parcours souhaité :

Financement :

Contrat

Candidat

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Autres Prénoms :

Adresse personnelle :

CP / Ville :

Téléphone : Adresse Mail :

Date de naissance : Lieu de naissance :

N° Sécurité Sociale :/...../...../...../...../...../.....

Couverture Sociale (Sécurité Sociale, MSA, ...) : Oui Non Au titre d'assuré(e) OU Ayant droit

Nationalité : (si nationalité étrangère, joindre une photocopie du titre de séjour)

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom – Prénom :

Téléphone :

Numéro Identifiant National :/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

(ce numéro composé de 10 chiffres et une lettre figure sur les certificats de sorties scolaires ou sur les relevés de notes des diplômes de l'enseignement secondaire)

Avez – vous une reconnaissance « travailleur handicapé » ? oui non

(Cette information nous permettra de vous orienter vers des financements dédiés et d'adapter, si besoin, votre parcours de formation)

Parcours scolaire / formation professionnelle / diplômes

Année	Formation	Etablissement	Diplôme obtenu (Oui/non)

Votre situation professionnelle

Cocher la/les cases correspondantes à votre situation et précisez les informations demandées

✓ **Durant les 12 mois précédents votre entrée en formation :**

En formation

Intitulé de la formation :
Etablissement/Ville :

En emploi

Dans le secteur social ou médico-social Dans un autre secteur :

Intitulé du poste :
Etablissement /Ville :
Type de contrat : CDI CDD CUI-CAE Autre :

Demandeur d'emploi

Inactivité liée à la maladie ou la maternité

Autre (Précisez) :

✓ **A l'entrée en formation, vous serez :**

En cours d'emploi (L'employeur devra obligatoirement compléter et signer la partie ci-après « Employeur)

Sans emploi :

- Inscrit(e) à Pôle Emploi / Identifiant Pôle Emploi :
- Non inscrit(e) à Pôle Emploi
- En reconversion professionnelle dans le cadre d'un contrat de sécurisation professionnelle (CSP)
- Autres :

Date et signature du candidat :

Financement

Avez-vous contacté un organisme pour une prise en charge financière du coût de la formation ?

Oui Non

Cocher le type de financement envisagé :

<input type="checkbox"/> CPF Projet de Transition Professionnelle (ex CIF)	<input type="checkbox"/> Plan de développement des compétences (via un OPCO)
<input type="checkbox"/> AGEFIPH	<input type="checkbox"/> Budget de l'établissement
<input type="checkbox"/> Conseil Régional <small>(Cette possibilité de financement reste sous réserve d'un conventionnement entre le Conseil Régional et le CEFRAS)</small>	<input type="checkbox"/> Période de Pro A (Anciennement la période de professionnalisation)
<input type="checkbox"/> Compte personnel de formation – N° dossier :	<input type="checkbox"/> Contrat de sécurisation professionnelle (CSP)
<input type="checkbox"/> Autofinancement *	<input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation
<input type="checkbox"/> En recherche de contrat de prof. ou d'apprentissage	<input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage

* Le paiement de la formation peut être échelonné sur l'année. Cependant un versement initial est demandé avant l'entrée en formation

Employeur (à l'entrée en formation)

Siège Régional / Etablissement de facturation :

NOM ETAB :
Nom du directeur :
Adresse :
CP : Ville:
N° Tél :
Adresse mail :
SIRET :

Lieu de travail :

NOM ETAB :
Adresse :
CP : Ville :
Adresse mail :
Nom du directeur :
N° Tél :
SIRET :

Etablissement : public privé (associatif ou entreprise)
Secteur : handicap gérontologique
 autre :

Intitulé du poste :
Temps de travail hebdo :H/semaine

Pour les personnes en emploi (CDD, CDI, contrat de professionnalisation, contrat d'apprentissage, CPF), indiquer les coordonnées de l'**OPCO de l'employeur ou de l'Association de Transition Professionnelle** :

Nom et prénom du contact pour la facturation : Téléphone :

Adresse mail pour l'envoi de la facture :

Si plusieurs apprenants sur cette formation : 1 facture par apprenant 1 facture globale

Signature et cachet de l'employeur :

PIÈCES A JOINDRE AU DOSSIER

- Le questionnaire de pré-admission : Il a pour but d'évaluer le niveau de connaissance, des compétences et les expériences du candidat avant l'entrée en formation et de repérer ses besoins afin de l'accompagner au mieux dans son projet de formation
- Un C.V.
- Attestation DREETS VAE (pour les personnes ayant suivi un parcours VAE)
- Une copie de la carte nationale d'identité valide au 31/10/N+1
- 2 photos d'identité avec Nom - Prénom inscrit au dos. (Format 35x45 mm type photocabine)
- Une copie des diplômes dispensant notamment de l'épreuve d'admission et de domaine(s) de formation
- Un écrit venant justifier une signature ou future signature d'un contrat de professionnalisation ou d'apprentissage (pour les salariés)
- Une copie de l'attestation de scolarité ou de formation au titre de l'année précédente pour les personnes en poursuite de scolarité
- Une copie de l'attestation/notification France Travail pour les personnes demandeurs d'emploi inscrites à France Travail
- Une copie du Contrat de Travail couvrant la durée de la formation (pour les salariés)
- Une copie de l'accord de financement (si financement obtenu) ou un courrier attestant l'autofinancement de la formation
- La déclaration sur l'honneur datée et signée (document en dernière page de ce dossier)
- 1 chèque de **70€** à l'ordre du CEFRAS pour une inscription à l'épreuve d'admission ou au positionnement (encaissé au plus tard 15 jours avant l'épreuve)

Certains diplômes du secteur médico-social dispensent de l'épreuve d'admission (*en référence à l'arrêté du 30/08/2021*). Vous en trouverez la liste dans notre règlement de sélection et dans le tableau des dispenses joints à ce dossier d'inscription. La dispense ne pourra être effective qu'en nous transmettant la copie du diplôme concerné. De plus, si vous êtes titulaire de l'un des diplômes de cette liste, vous pourriez éventuellement bénéficier d'un parcours partiel de formation. La durée de celui-ci doit être étudiée par nos services.

L'épreuve orale d'admission ou l'entretien de positionnement est obligatoire pour tous les candidats. Elles ne sont valables que pour la rentrée de l'année en cours.



Pour information, la formation en 15 mois démarre en Avril et s'adresse uniquement aux personnes ayant un employeur dans le secteur médico-social, socio culturel et de l'enseignement. La formation sur 10 mois démarre en Août et s'adresse à tout public, avec ou sans employeur. Pour toutes questions n'hésitez pas à contacter le centre de formation concerné.

Vous trouverez ci-dessous les différentes adresses de retour du dossier d'inscription pour son traitement administratif (Les adresses peuvent être différentes du lieu de formation souhaité, ce n'est pas une erreur.)

Merci de cocher la ligne du lieu de formation souhaité.

Les dossiers seront traités par ordre d'arrivée au CEFRAS.

	Lieu de formation	Adresses de retour du dossier
<input type="checkbox"/>	Nantes Formation 15 mois	CEFRAS 44 -14 Boulevard Winston Churchill – 44100 NANTES
<input type="checkbox"/>	Nantes Formation 10 mois	
<input type="checkbox"/>	St Nazaire Formation 15 mois	CEFRAS 44 -17 Boulevard Gambetta – 44600 SAINT NAZAIRE
<input type="checkbox"/>	St Nazaire Formation 10 mois	
<input type="checkbox"/>	Angers Formation 15 mois	CEFRAS 49 – 35 rue de la Barre – 49000 ANGERS
<input type="checkbox"/>	Chemillé Formation 15 mois	
<input type="checkbox"/>	Saumur Formation 15 mois	
<input type="checkbox"/>	Angers Formation 10 mois	CEFRAS 49 – 35 rue de la Barre – 49000 ANGERS
<input type="checkbox"/>	Chemillé Formation 10 mois	CEFRAS 49 – Allée Phytolia – 49120 CHEMILLE EN ANJOU
<input type="checkbox"/>	Laval Formation 15 mois	Pas d'entrée en formation
<input type="checkbox"/>	Laval Formation 10 mois	CEFRAS 72 – 11 rue Pied Sec – 72100 LE MANS
<input type="checkbox"/>	Le Mans Formation 15 mois	
<input type="checkbox"/>	Le Mans Formation 10 mois	
<input type="checkbox"/>	La Roche sur Yon Formation 15 mois	CEFRAS 85 – 5 rue Duchesne de Denant – 85000 LA ROCHE SUR YON
<input type="checkbox"/>	La Roche sur Yon Formation 10 mois	

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

NOUS VOUS RAPPELONS QUE VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT SOUSCRIRE A UNE ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE AVANT VOTRE ENTREE EN FORMATION

Le CEFRAS s'engage à ce que les traitements de données personnelles soient conformes au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés (cf : www.cefras.com – Rubrique « mentions légales »)

CENTRE DE FORMATION ET DE RECHERCHE A LA RELATION D'AIDE ET DE SOINS

SIEGE : Allée Phytolia – CS 9701 – 49120 CHEMILLE EN ANJOU – Tél : 02.41.30.02.40

N° SIRET : 314 504 432 00027 – APE 8559 A – FORMATION PERMANENTE N° 52 49 00279 49

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e) Mme, M. (Nom –Prénom) :

Né le : ___/___/___

Demeurant (adresse complète) :

Souhaitant s'inscrire à la formation d'Accompagnant Educatif et Social pour la rentrée de l'année 2025 au : (cochez la case correspondante)

- CEFRAS de Loire Atlantique (Nantes ou Saint Nazaire),
- CEFRAS de Maine et Loire (Angers, Chemillé ou Saumur),
- CEFRAS de Laval,
- CEFRAS du Mans,
- CEFRAS de la Roche sur Yon,

déclare sur l'honneur n'avoir fait l'objet d'aucune interdiction administrative ou condamnation pénale en raison d'une infraction incompatible avec les professions ouvertes aux titulaires du diplôme d'Etat d' Accompagnant Educatif et Social (article L227-10 du CASF et L133-6 du CASF).

Je certifie avoir été informé(e) qu'en cas de fausse déclaration, des poursuites pénales pourront être engagées à mon encontre.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

A _____

Le/...../.....

Signature du candidat :