



**Si vous êtes en situation de demandeur d'emploi :**

N° d'identifiant Pôle Emploi: | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de la dernière inscription: | | | | | |

Bénéficiez-vous d'une indemnisation?    Oui     Date de fin d'indemnisation: | | | | | |    Non

Si oui, à préciser : .....

**Diplômes scolaires, universitaires et professionnels**

---

| Année | Etablissement<br>(nom et lieu) | Diplômes<br>obtenus * | Niveau ** | Date<br>d'obtention<br>du diplôme |
|-------|--------------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------------------|
|       |                                |                       |           |                                   |
|       |                                |                       |           |                                   |
|       |                                |                       |           |                                   |
|       |                                |                       |           |                                   |
|       |                                |                       |           |                                   |

\* joindre impérativement la copie des diplômes obtenus

\*\* si nécessaire, se reporter au R.N.C.P. (Répertoire National des Certifications Professionnelles) [www.cnpc.gouv.fr](http://www.cnpc.gouv.fr)

**Activités professionnelles**

---

| Nom de l'employeur | Fonction exercée | Date de début et de fin |
|--------------------|------------------|-------------------------|
|                    |                  | Du ..... au .....       |
|                    |                  | Du ..... au .....       |
|                    |                  | Du ..... au .....       |
|                    |                  | Du ..... au .....       |
|                    |                  | Du ..... au .....       |
|                    |                  | Du ..... au .....       |
|                    |                  | Du ..... au .....       |

## Accès à la sélection CAFDES

Dispensé(e) des épreuves écrites :      oui       non

Situation permettant l'accès à la sélection :

- Directeur(rice) d'établissement ou de service en fonction dans le champ de l'action sociale, médico-sociale ou sanitaire
- Titulaire d'un diplôme ou certificat ou titre homologué ou inscrit au R.N.C.P. au moins de niveau II
- Titulaire d'un diplôme national, ou diplôme visé par le ministre chargé de l'enseignement supérieur sanctionnant un niveau de formation correspondant au moins à trois ans d'études supérieures
- Titulaire d'un diplôme mentionné au code de l'action sociale et des familles ou au code de la santé publique, homologué ou inscrit au R.N.C.P. au niveau III, et justifiant d'une expérience professionnelle d'un an dans une fonction d'encadrement ou de trois ans dans le champ de l'action sanitaire, sociale ou médico-sociale

## Nature du contrat - Financement de la formation

| Financement de la formation  | Accordé* | En cours** | Réponse prévue le | Montant total** |
|--|----------|------------|-------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Plan de formation   | .....    | .....      | .....             | .....           |
| <input type="checkbox"/> D.I.F : Indiquer l'O.P.C.A : .....  | .....    | .....      | .....             | .....           |
| <input type="checkbox"/> Période de professionnalisation   |          |            |                   |                 |
| Indiquez l'O.P.C.A. : .....  | .....    | .....      | .....             | .....           |
| <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation   |          |            |                   |                 |
| Indiquez l'O.P.C.A. : .....  | .....    | .....      | .....             | .....           |
| <input type="checkbox"/> Autres financements employeur : .....   | .....    | .....      | .....             | .....           |
| <input type="checkbox"/> C.I.F. Indiquez l'O.P.A.C.I.F. : .....  | .....    | .....      | .....             | .....           |
| <input type="checkbox"/> A.G.E.F.I.P.H. (joindre copie de la notification M.D.P.H.)  | .....    | .....      | .....             | .....           |
| <input type="checkbox"/> Financement Conseil Régional (Chèque formation,...)   | .....    | .....      | .....             | .....           |
| <input type="checkbox"/> Financement personnel   | .....    | .....      | .....             | .....           |
| <input type="checkbox"/> Autre : .....   | .....    | .....      | .....             | .....           |
| <i>Le total des sommes indiquées dans cette case<br/>doit être égal au montant total des frais de formation, soit 999,60€</i> <b>TOTAL :</b> |          |            |                   |                 |

\* Indiquer le montant et joindre l'accord de financement

\*\*Indiquer le montant

Fait à .....le .....

### Si l'employeur est le financeur, merci d'indiquer les renseignements suivants :

Pour le candidat en formation continue (cours d'emploi), visa de l'employeur

Nom, prénom et qualité du signataire

.....

Signature et Cachet  
de l'établissement employeur

Signature du candidat



Nom et Prénom du signataire : .....

Fonction du signataire : .....

Tél : ..... Courriel : .....

Adresse de facturation : .....

.....

## Date limite d'inscription

---

Le dossier d'inscription complet devra nous parvenir pour le 25 septembre 2017

## Personnes à contacter

---

Marie Andrée FERRON-LAVAIRYE : Responsable de la formation CAFDES

Téléphone : 02 99 59 41 41 Courriel : [rennes@askoria.eu](mailto:rennes@askoria.eu)

## Liste des pièces à joindre (merci de les classer dans l'ordre indiqué ci-dessous)

---

- Le présent dossier d'inscription
- Deux photos d'identité dont 1 collée sur le présent dossier
- Un Curriculum Vitae faisant état de vos compétences à partir des activités réalisées
- Une photocopie des diplômes obtenus
- Les pièces justificatives de l'expérience professionnelle (attestation de l'employeur, certificat de travail...) précisant les durées et les fonctions exercées
- Une photocopie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité
- Une photocopie de la carte vitale et de l'attestation de carte vitale
- Une attestation d'emploi pour les candidats en poste de Directeur d'établissement ou de service

Je déclare sur l'honneur que tous les renseignements que je fournis sont exacts et je reconnais que toute fausse déclaration pourra entraîner l'annulation de mon admission en formation.

*Date et signature*

**Toutes les rubriques doivent être complétées.**

**Tout dossier incomplet ou envoyé après la date prévue ne sera pas examiné.**