

## DOSSIER COMPLEMENTAIRE DEAES - ADVF - CAP AEPE

Réf interne : \_\_\_\_\_

NOM :

Prénom : \_\_\_\_\_

### DIPLOMES

#### Diplômes obtenus Sanitaire et Social et dates d'obtention

Diplômes obtenus	Date d'obtention	Diplômes obtenus	Date d'obtention
D.E. d'Aide-Soignant		C.A.P.A. Services en Milieu Rural	
D.E. d'Assistant Familial		C.A.P.A. Services aux Personnes et Vente en Espace Rural	
D.P. d'Auxiliaire de Puériculture		Titre Professionnel Assistant de Vie	
B.E.P. Carrières Sanitaires et Sociales		Titre Professionnel Assistant de Vie aux Familles	
B.E.P. Accompagnement Soins et Service à la Personne		D.E. Auxiliaire de Vie Sociale	
B.E.P.A. Option Services Aux Personnes		D.E. Aide Médico Psychologique	
B.A.P. Assistant animateur Technicien		D.E. Accompagnant Educatif et Social	
C.E.F.P. et C.Q.P. Assistant de Vie		Autres diplômes (préciser) :	
C.A.P. Assistant technique en milieu familial ou collectif			
C.A.P. Petite Enfance		Service Civique	

#### Autres titres ou diplômes de l'enseignement général ou professionnels

Diplômes obtenus	Date d'obtention	Diplômes obtenus	Date d'obtention

#### Diplôme(s) obtenu(s) par la VAE

--

#### Niveau scolaire atteint (si vous n'avez pas de diplôme)

--

### PARCOURS PROFESSIONNEL

Poste(s) occupé(s)	Employeur	Période(s)	Durée

### INSCRIPTIONS EPREUVES DE CONCOURS/D'ADMISSION

Uniquement pour les formations CAP AEPE, ADVF, DE AES

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ demande mon inscription aux épreuves de sélection pour être admis (se) en formation de :

CAP AEPE

DE AES

ADVF

## EMPLOI ET POSTE OCCUPE PENDANT LA FORMATION

### (candidat en situation d'emploi et en apprentissage)

A remplir et signer par l'établissement employeur

La formation choisie est dispensée dans le cadre d'une situation d'emploi. Le contrat de travail (CDI, CDD, Contrat de Professionnalisation, CAE, Contrat d'Apprentissage ...) du candidat doit couvrir pour la durée totale de la formation et être au minimum à mi-temps. Dès le début de la formation, le candidat doit être affecté à des tâches relevant des missions de la formation en lien avec la spécialité choisie.

#### Etablissement employeur

Structure administrative :

Directeur (-trice) :

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Structure de travail :

Service ou unité :

Responsable de service :

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

#### Contrat de travail

Type de contrat :

Contrat à durée indéterminée

Contrat à durée déterminée (minimum 18 mois)

Contrat de Professionnalisation prévu

Contrat d'Apprentissage prévu

Autre précisez :

CPF DE TRANSITION CDD  oui  non

Durée :

Depuis le : .....

Du ..... au .....

Du ..... au .....

Du ..... au .....

Du ..... au .....

CPF DE TRANSITION CDI  oui  non

#### Conditions de financement (JOINDRE L'ACCORD DE FINANCEMENT)

OPCO auquel adhère votre employeur :

Nom et adresse complète : .....

Durée hebdomadaire de travail : .....

Dénomination du poste occupé :

L'établissement employeur s'engage à :

- affecter le stagiaire dès le début de la formation à des tâches relevant du métier,
- faire accompagner le stagiaire par un tuteur référent dont le nom devra être précisé à la validation de l'inscription,
- offrir au tuteur les moyens nécessaires à ce suivi (temps de rencontres avec le stagiaire hors situation de travail, rencontres avec l'équipe pédagogiques du Centre de Formation du Puits de l'Aune...)

A : ..... le .....

Cachet de l'employeur :

Signature de la Direction  
de l'établissement employeur :