

DOSSIER DE CANDIDATURE

FORMATION SOUHAITEE :		Photo
Cocher la case correspondante : Formation Continue <input type="checkbox"/> Apprentissage <input type="checkbox"/>		
ETAT CIVIL		
Sexe	Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>	
NOM	Prénom	
Adresse	Voie/Rue : _____ Code postal : _____ Commune : _____	
Courriel	Téléphone (s)	
Date de naissance	Ville de naissance	
Pays de naissance	Nationalité	
N° Sécurité sociale (NIR)	Permis de conduire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/>
Situation familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié.e <input type="checkbox"/> Pacsé.e <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Divorcé.e <input type="checkbox"/> Séparé.e <input type="checkbox"/> Veuf.ve <input type="checkbox"/> Nombre d'enfants à charge : _____ Ages : _____	
Situation de handicap	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Commentaires : _____	
Identifiant POLE EMPLOI		
Bénéficiaire indemnités POLE EMPLOI	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Date fin indemnisation : _____
CPF	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Je souhaite utiliser une partie <input type="checkbox"/> ou la totalité de mon compte CPF <input type="checkbox"/> Montant disponible sur mon compte CPF : _____
Projet de Transition Professionnelle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Candidat-e mineur-e		
	Représentant-e légal-e 1	Représentant-e légal-e 2
NOM		
Prénom		
Date de naissance		
Courriel		
Téléphone (s)		
Adresse Complète		
Nationalité		
Situation Familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié.e <input type="checkbox"/> Pacsé.e <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Divorcé.e <input type="checkbox"/> Séparé.e <input type="checkbox"/> Veuf.ve <input type="checkbox"/> Nombre enfant.s à charge : _____	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié.e <input type="checkbox"/> Pacsé.e <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Divorcé.e <input type="checkbox"/> Séparé.e <input type="checkbox"/> Veuf.ve <input type="checkbox"/> Nombre enfant.s à charge : _____
Profession		

SITUATION ACTUELLE

Collégien Lycéen Etudiant Apprenti.e En formation continue
 Salarié CDD Salarié CDI Demandeur d'emploi
 Travailleur indépendant Autre : _____

PARCOURS SCOLAIRE

Coordonnées dernier établissement scolaire fréquenté

Nom établissement : _____
 Voie/Rue : _____
 Code postal : _____
 Commune : _____

Classe ou formation fréquentée _____ **Année scolaire** _____

Langues vivantes étudiées _____

N° INE OBLIGATOIRE
 (Identifiant National Etudiant à retrouver sur un bulletin ou un relevé de notes d'examen 11 caractères chiffres + lettres)

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)

COMPLÉTÉ LE : | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | _ |

Signature candidat.e

Signature du ou des
représentants légaux
si candidat.e mineur.e

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à cfa.creap@cneap.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

(obligatoires pour toute entrée en formation)

- CV + Lettre de demande de candidature
- Copie pièce d'identité en cours de validité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour autorisant le travail en France)
- Copie Carte Vitale + Attestation sécurité sociale (Fournir sa propre attestation et non celle des représentants légaux)
- 1 Photo d'identité (pour le dossier de candidature)
- Copie de tous les diplômes et/ou titres de qualifications obtenus/PSC1/SST
- Bulletins de notes dernière année scolaire, éventuellement complété d'un avis d'orientation
- Copie précédent contrat apprentissage (si concerné-e)
- Attestation de recensement Journées Défense et Citoyenneté (en mairie)
- Extrait de casier judiciaire
- Attestation Droit à l'image
- Fiche médicale d'urgence
- Reconnaissance de handicap (RQTH – si concerné-e)
- Copie du Permis de conduire
- 1 chèque de 10 € (frais de dossier et de correspondance)
- Copie des pages Vaccinations du carnet de santé

Pour les candidats CAP AEPE :

- Un chèque de validation d'inscription de 100 €
- Le chèque sera encaissé après le démarrage de la formation

Pour les candidats DE AES :

- Un chèque de 40 € pour les frais de scolarité ;
- Un chèque de 70 € pour l'entretien oral d'admission.

Dossier à retourner sous 8 jours à :

LE Puits de l'Aune-Don Bosco

17 rue Louis Blanc
42110 FEURS

☎ 04 77 26 11 65

💻 formco.feurs@cneap.fr



La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'actions suivantes :
ACTIONS DE FORMATION

Le Puits de l'Aune-Don Bosco
Formation Continue et Apprentissage
 17 rue Louis Blanc – 42110 FEURS
 Tél 04 77 26 11 65 – Mail formco.feurs@cneap.fr



PROJET DE FORMATION CAP AEPE

NOM

Prénom

Votre choix de parcours :

Formation Continue

Apprentissage

Pour mieux vous connaître

Votre projet

Décrire votre projet de formation et votre projet professionnel :

Vos qualités, vos faiblesses pour exercer dans le secteur de la Petite Enfance

Vos activités et centres d'intérêt

Vos expériences professionnelles ou stages dans le domaine de la Petite Enfance :



La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'actions suivantes :
ACTIONS DE FORMATION

Le Puits de l'Aune-Don Bosco
Formation Continue et Apprentissage
 17 rue Louis Blanc – 42110 FEURS
 Tél 04 77 26 11 65 – Mail formco.feurs@cneap.fr



Vos expériences personnelles dans la Petite Enfance :

Votre engagement citoyen et/ou bénévole dans une association ou un autre cadre :

Vos pratiques sportives et culturelles :

Cadre réservé au Centre de Formation

Merci !

AUTORISATION DE DIFFUSION

La présente autorisation est demandée pour la durée de votre présence dans l'établissement, plus 10 ans après votre départ.

Nom : Prénom :
Nom, prénom représentant légal si mineur.e :
Formation suivie / diplôme préparé :

Représentations photographiques et enregistrements sonores de votre voix.

Sous réserve de préserver l'intimité de votre vie privée et que le fichier informatique les contenant ait fait l'objet d'une déclaration préalable à la Commission Nationale Informatique et Liberté, vous autorisez le Directeur au nom de l'établissement, pour une durée de 10 ans à dater de la présente, à reproduire et à diffuser ces photographies ou ces enregistrements sans contrepartie financière pour :

- La diffusion sur interne;
- La diffusion sur tous supports de communication numériques ou papiers produits par l'établissement d'accueil
- La représentation sur grand écran dans toute manifestation scolaire ou culturelle (kermesse, salons d'orientation...)
- La promotion de l'établissement par la presse ou la télévision.

Créations de formes originales (dessins, écrits, photographies et toutes sortes de réalisations)

S'agissant des créations (dessins, écrits, photographies et toutes sortes de réalisations intellectuelles) que vous seriez amené à réaliser dans l'enceinte de notre établissement, vous autorisez le Directeur, au nom de l'établissement, à les utiliser sans contrepartie financière et pour la durée des droits d'auteur, au fur et à mesure de leurs créations, à des fins non commerciales et dans un but strictement pédagogique ou éducatif pour :

- La diffusion sur interne;
- La diffusion sur tous supports de communication numériques ou papiers produits par l'établissement d'accueil
- La représentation sur grand écran dans toute manifestation scolaire ou culturelle (kermesse, salon du livre...)
- La promotion de l'établissement par la presse ou la télévision.

Je donne mon accord à :

- La diffusion de représentations photographiques oui non
- La diffusion d'enregistrements sonores de ma voix oui non
- La diffusion de créations réalisées par moi-même oui non
- La diffusion de l'image par la presse ou la télévision. oui non

Fait à Le

(Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » - Bon pour accord)

FICHE URGENCE MEDICALE

NOM : Prénom :

Né (e) le :

Adresse :

Tél Domicile :

Tél. portable :

Médecin Traitant (NOM Prénom) :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél :

NOM(S) Prénom(s) de la ou des personne(s) à joindre en cas d'urgence :

Tél Domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Lien avec l'apprenti (père, mère, conjoint,...) :

INFORMATIONS EVENTUELLES A TRANSMETTRE AUX URGENCES

GROUPE SANGUIN :

Observations importantes : (contre-indications, antécédents médicaux, allergies, traitements en cours, médicaments...)

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus et m'engage à informer l'UFA de toute modification de ces dernières au cours du contrat.

Date :

Signature de l'apprenant.e ou représentant.e légal.e pour les mineur.e.s