

DOSSIER DE CANDIDATURE

Réf interne :

ETAT CIVIL		Photo
Sexe	Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>	
NOM		
Prénom		
Date de naissance		
Courriel		
Téléphone (s)		
Adresse		
N° Sécurité sociale		
Pays de naissance		
Ville de naissance		
Nationalité		
Situation familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié.é <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 :	
Si le.la candidat.e est mineur.e, représentant.e légal.e		
NOM		
Prénom		
Date de naissance		
Courriel		
Téléphone (s)		
Adresse		
Nationalité		
Situation familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié.é <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 :	
Profession		

PARCOURS		
	Situation actuelle 20XX (N-1)/20XX (N)	Situation antérieure 20XX (N-2)/20XX (N-1)
Situation à l'inscription	Collégien <input type="checkbox"/> Lycéen <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Apprenti.e <input type="checkbox"/> En formation continue <input type="checkbox"/> Salarié CDD <input type="checkbox"/> Salarié CDI <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant <input type="checkbox"/> Autre :	Collégien <input type="checkbox"/> Lycéen <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Apprenti.e <input type="checkbox"/> En formation continue <input type="checkbox"/> Salarié CDD <input type="checkbox"/> Salarié CDI <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant <input type="checkbox"/> Autre :
Classe ou formation fréquentée		
Coordonnées dernier établissement fréquenté		
Diplôme.s obtenu.s		
Langues vivantes étudiées		
N° INE (identifiant national étudiant)		
Expériences professionnelles		
FORMATION ENVISAGÉE		
Intitulé de la formation	Diplôme d'Aide Soignant	1 ^{ère} Année <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Année <input type="checkbox"/>
Parcours SUP'	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Régime souhaitée	Externe <input type="checkbox"/> Pensionnaire <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/>	
Situation de handicap reconnue	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Aménagements d'épreuves nécessaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels :
Adaptations pédagogiques nécessaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles :
Avez-vous postulé dans d'autres établissements	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, pour quelles formations :
Demande de dérogation sur la durée de formation (cadre réservé CFA)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Réduction : Modulation :

RECHERCHE DE CONTRAT D'APPRENTISSAGE EN ENTREPRISE

Métier visé	
Secteur d'activité recherché	
Type d'entreprise souhaité	
Bassin d'emploi ciblé	
Contrat d'apprentissage	Contrat signé <input type="checkbox"/> Lettre d'engagement d'entreprise <input type="checkbox"/> En recherche de contrat <input type="checkbox"/>
Souhaitez-vous bénéficiaire du service Accompagnement à la recherche de contrat du CFA CREAP/UFA ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

TRANSPORT-HEBERGEMENT

Permis de conduire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Type :
Habilitations éventuelles	
Mode de déplacement prévu pour vous rendre en formation et en entreprise	
Rayon de mobilité maximum (kms)	
Type d'hébergement pendant la formation (UFA et entreprise)	

Signature du/de la candidat.e	
Signature du représentant légal si candidat.e mineur.r	
Commentaire	
Date	

PRECISEZ VOTRE SITUATION ACTUELLE

Situation 1 : titulaire d'un baccalauréat ou d'un autre diplôme scolaire (CAP, BP, BTS, DUT ect) de moins de 3 ans

Précisez votre filière :

- Général :
- Technologique :
- Professionnel :
- SAPAT
- ASSP
- Autre :

Situation 2 : élève de terminale

Précisez votre filière :

- Général :
- Technologique :
- Professionnel :
- SAPAT
- ASSP
- Autre :

Situation 3 : vous avez quitté le circuit scolaire depuis plus de 3 ans

- Etes-vous actuellement
 - Salarié
 - Demandeur d'emploi
 - autre situation

Merci de préciser votre poste ou situation :

- Etes-vous titulaire d'un des diplômes suivants :
 - Diplôme d'Auxiliaire de Puériculture (DEAP) ou DPAP
 - Diplôme d'Aide Médico-psychologique (DEAMP) ou d'Accompagnant Educatif et social (DEAES)
 - Diplôme d'Ambulancier ou certificat de capacité d'Ambulancier
 - Diplôme d'Auxiliaire de vie sociale ou Mention complémentaire aide à domicile
 - Titre professionnel d'Assistant de vie aux familles
 - Bac Pro SAPAT ou ASSP
 - Date d'obtention :

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.

Fiche de renseignements – Sélection pour l'entrée en Formation Aide- Soignant – Août 2022

Je soussigné(e), (Nom / Prénom)

Déclare avoir pris connaissance :

De la liste des pièces nécessaires à la constitution du dossier de sélection selon la situation du candidat

Du fait que tout dossier incomplet ou dont les pièces fournies par le candidat ne correspondent pas aux consignes indiquées ne pas étudié.

Du fait que l'accès à la formation et l'entrée en stage en services hospitaliers et extrahospitaliers sont impossibles si le candidat n'a pas de couverture vaccinale, y compris la vaccination contre l'hépatite B.

Fait à :

Le :

Candidat mineur ou majeur :

Signature du candidat

Mention « lu et approuvé »

Candidat mineur :

Signature du responsable légal

Mention « lu et approuvé »

Liste des pièces à fournir lors du protocole de recrutement

Pièces obligatoires pour toute entrée en formation :

CV + Lettre de motivation manuscrite

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)

2 Photos d'identité (1 pour le dossier de candidature et 1 pour la carte d'étudiant des métiers pour les apprentis)

Copie des diplômes obtenus

Bulletins de notes dernière année scolaire, éventuellement complété d'un avis d'orientation

Un document manuscrit relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce document n'excèdera pas deux pages.

Attestation Droit à l'image signée (voir pièce jointe)

Fiche médicale d'urgence

Lettre d'engagement employeur

Certificat médical confirmant l'absence d'affections physiques ou psychologiques incompatibles avec l'exercice de ce métier

Obligation d'immunisation et de vaccination (dont obligatoirement Hépatite B, 2 injections)

Selon la situation, les attestations de travail, accompagnés éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs)

Pour les ressortissants hors Union Européenne, une attestation du niveau du niveau de langue française requis C1 et une titre de séjour valide pour toute la durée de la formation

Pièces à fournir selon situation et formation visée :

Reconnaissance de handicap (RQTH)

Copie du Permis de conduire

Copie Habilitations (électrique, HCCP, Sauveteur....) ou autres productions personnelles en lien avec le diplôme visé

Pièces à fournir en cas de demande du Régime Interne ou Demi pensionnaire :

Autorisation de prélèvement bancaire automatique (mandat de prélèvement SEPA) complété et signé pour la durée du cycle de formation

Copies Assurance Responsabilité civile

Copie des pages Vaccinations du carnet de santé

- En cochant cette case, vous attestez avoir reçu le descriptif de formation.

**Dossier à retourner sous 8 jours à : Lycée du Guiers Val d'Ainan – Service Formation Continue
6 place du marché 38480 Le Pont de Beauvoisin**