

DOSSIER DE CANDIDATURE

A l'accompagnement à la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)

Diplôme visé : DEAES DEAVS DEAMP DEASS DEME DECESF
 DEAS DEES DEETS CAFERUIS CPSESS EES

Réservé à l'administration : INES : POLE EMPLOI :
Dates accompagnement :
Financement :
Convention retournée le :
Contrat et échéancier retournés le :
A participé à la réunion d'information du :

Coordonnées

Etat civil : Madame Monsieur
Nom de naissance : _____
Nom d'épouse ou d'usage : _____
Prénom : _____
Adresse personnelle : _____
Complément d'adresse : _____
Code postal / Ville : _____
Téléphone : Fixe : ____/____/____/____/____ Mobile : ____/____/____/____/____
E-mail : _____
Né(e) le : ____/____/____ à (département ou pays) : _____
Nationalité : _____

Votre situation

Etes-vous salarié(e) ? OUI NON

- Sur quel poste : _____
- Travaillez-vous à temps partiel ? OUI NON
- Type de contrat : CDD CDI
- Nature du contrat : DROIT PRIVE AUTRE
- Demandeur d'emploi : INSCRIT NON INSCRIT
- Type d'allocation (RSA, ASS, ASR, ARE...) : _____
- RQTH : OUI NON

Financement de la formation

Comment pensez-vous financer votre formation ?

- Financement employeur actuel : Accord employeur obtenu : OUI NON
- Demande de CPF-PTP (anciennement CIF) en cours envisagée
- Financement personnel (fond propre)
- Autre (Pôle Emploi, Missions Locales pour les – de 26 ans...) :

Certificat de prise en charge

Accompagnement à la VAE à INITIATIVES (à remplir par l'employeur si prise en charge directe)

CANDIDAT	
Nom :	Prénom :
ETABLISSEMENT EMPLOYEUR	
Nom Directeur/rice :	
Adresse :	
CP :	Ville :
Publics accueillis :	
Tél :	
Fax :	
Email :	
FACTURATION	
Responsable :	
Tél :	Fax :
Une demande de subrogation va-t-elle être effectuée auprès de votre O.P.C.O (ex OPCA). pour règlement direct à INITIATIVES ?	
Si oui, <u>MERCI DE NOUS LA TRANSMETTRE DES RECEPTION</u>	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui à la date du :
Dénomination de l'O.P.C.O. de l'établissement employeur :	

de la Cohésion Sociale (Uniformation) de la Santé (UNIFAF) du Travail Temporaire (FAFTT) Fongecif

Autres

Je soussigné(e) :

Fonction dans l'établissement :

Certifie l'exactitude des renseignements fournis, demande l'inscription du candidat ci-dessus et m'engage à financer son accompagnement à la VAE.

Fait à :

Le :

Signature :

Cachet établissement :

Situation pédagogique

Votre demande de recevabilité :

- En cours / L'accompagnement ne pourra se déclencher qu'après réception de votre recevabilité.

Nous informer dès réception de cette dernière.

- Obtenue / Joindre la notification au dossier.

Votre demande d'accompagnement :

La demande d'accompagnement concerne-t-elle la totalité du diplôme ?

- Oui

- Non : précisez les DC visés par cette VAE :

Délai de dépôt de votre livret 2 :

Vous pouvez préciser ici les raisons qui vous poussent à solliciter un accompagnement et/ou énoncer vos questions :

Modalités d'inscription à la VAE

Remplir les pages 1, 2, 3 et 4 du dossier d'inscription (photo collée en page 1).

Joindre à votre dossier :

- Une copie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité (Carte d'identité recto-verso, Passeport, Titre de séjour),
- Une copie lisible de votre recevabilité
- Un C.V. actualisé
- Un chèque d'acompte de 200 € à l'ordre d'INITIATIVES **pour les candidats qui n'ont pas de prise en charge par un employeur ou par un OPCO**
- Une copie de votre RQTH le cas échéant,

A :

Le :

Signature du candidat :

En cas d'accident

Sécurité sociale :

- Votre numéro de sécurité sociale :
- Adresse Centre de rattachement :

Personne à prévenir

- Nom :
- Prénom :
- Téléphone fixe : ____/____/____/____/____
- Téléphone mobile : ____/____/____/____/____

Déclaration sur l'honneur

Merci de réécrire cette mention à la main

Je soussigné,

Demeurant

Déclare sur l'honneur n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pénale ni d'interdiction administrative en raison d'une infraction incompatible avec les professions ouvertes aux titulaires du diplôme :

(article L227-10 du CASF et L133-6 du CASF).

Pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à _____, le

Nom, prénom Signature

Envoi du dossier

Dossier complet (4 pages) à retourner accompagné des pièces requises à :

INITIATIVES
Pôle VAE
3 rue des Pins
34000 MONTPELLIER

INITIATIVES
Pôle VAE
43 Boulevard du Maréchal Joffre
92340 BOURG-LA-REINE

INITIATIVES - WWW.INITIATIVES.ASSO.FR

■ 43, bd du Maréchal Joffre - 92340 BOURG-LA-REINE - Tél : 01 41 13 48 23 - Fax : 01 41 13 42 62 – formation.paris@initiatives.asso.fr

■ 3 rue des Pins - 34000 MONTPELLIER - Tél : 04 67 66 70 65 - Fax : 04 67 66 70 69 - formation.montpellier@initiatives.asso.fr

Association Loi 1901 enregistrée au service de contrôle de la formation professionnelle sous le n° 11 92 03 98 392. Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat.
Siret : 353 350 705 00037 - NAF : 8899B - N° FINISS : 92 000 008 0. Agrément entreprise solidaire du 12 décembre 2008 au sens de l'article L 443-3-2 du Code du Travail.
Agrément Jeunesse et Sports : n° 92 JEP 089 - ACT établissement médico-social n° 2003-1327 du 10 juillet 2003.