

En cas d'accident

Sécurité sociale :

- Votre numéro de sécurité sociale : _____
- Votre centre de rattachement : _____

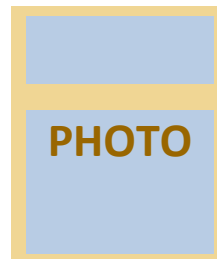
Personne à prévenir

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

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

INITIATIVES
Service VAE
43 bd du Maréchal Joffre
92340 BOURG-LA-REINE

—
INITIATIVES
Service VAE
3 rue des pins
34000 MONTPELLIER



DOSSIER DE CANDIDATURE A L'ACCOMPAGNEMENT A LA VAE EDUCATEUR SPECIALISE

A participé à la réunion d'information du :

Réservé à l'administration

Dates Accompagnement :

Financement :

Retour Convention le : Retour Contrat et Echancier le :

Coordonnées

- Etat civil : Madame Mademoiselle 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
- Nature du contrat : Secteur Privé Secteur Public
- Demandeur d'emploi : Inscrit Non inscrit

Financement de la formation

Comment pensez-vous financer votre formation ?

- Financement employeur actuel : Accord employeur obtenu : OUI NON
- Demande de CIF en cours envisagée
- Financement personnel (fonds propres)
- Autre (via : Pôle Emploi, Missions Locales pour les – de 26 ans...) :

Certificat de prise en charge

Accompagnement à la VAE ES - INITIATIVES

(Partie à remplir par l'employeur)

NOM : (du candidat) Prénom :

ETABLISSEMENT EMPLOYEUR :

Nom du Directeur :

Adresse :

CP : Ville :

Public(s) accueilli(s) :

Tél :/...../...../...../.....

Fax :/...../...../...../.....

E-mail :
.....@.....

Une demande de C.I.F. est-elle en cours ? oui non

FACTURATION : NOM DU RESPONSABLE

Tél :/...../...../...../.....

Fax :/...../...../...../.....

Une demande de subrogation va-t-elle être effectuée auprès de votre O.P.C.A. pour règlement direct à INITIATIVES ? Si oui, MERCI DE NOUS LA TRANSMETTRE DES RECEPTION

Non Oui à la date du

Dénomination de l'O.P.C.A. de l'établissement employeur :

Unifaf Uniformation Fongecif Agefos Autres (ANFH, AGEFIPH...) :

Je soussigné(e)
(nom et 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 Educateur Spécialisé.

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 Accompagnement VAE ES

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 468€ à l'ordre d'INITIATIVES pour les candidats qui n'ont pas de prise en charge par un employeur.

Les groupes d'accompagnement VAE sont constitués de 6 à 10 personnes préparant le même diplôme. L'ouverture officielle des sessions se fait à l'inscription effective du sixième candidat. Les dates de regroupements proposées sont prévisionnelles.

A Le

Signature du candidat