**Dossier d’inscription**

**PHOTO**

**à coller**

**CADRE RESERVÉ A FORMATIC**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Financement** | **🞎 PRF** | **🞎 EMPLOYEUR** | **🞎 PERSO** | **🞎 AUTRES** |  |
| **Rémunération** | **🞎ASP** | **🞎POLE EMPLOI** | **🞎 AAH** | **🞎 AUTRES** |  |
| **Observations** |  | | | | |

**CANDIDATURE : Je soussigné, souhaite m’inscrire à la formation :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Découverte des métiers EASL** (Activités Sportives et Loisirs) |
|  | **CPJEPS** Animateur d’Activités et de Vie Quotidienne |
|  | **BPJEPS *Spécialité*** : Animateur ***Mention*** : Loisirs Tous Publics |
|  | **BPJEPS *Spécialité*** : Animateur ***Mention*** : Animation Sociale |
|  | **TEP** Tests aux Exigences Préalables |
|  | **BPJEPS *Spécialité*** : Educateur Sportif ***Mention*** : Activités de la Forme ***Option*** : Haltérophilie musculation (HM) |
|  | **D.E. J.E.P.S. *Spécialité*** : Animation socio-éducative ou culturelle ***Mention*** : Animation Sociale |

Sous réserve de répondre aux exigences préalables, de réussir les tests de sélection, du financement de ma formation (Places Régions, financement employeur, financement personnel, …)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Réservé au secrétariat de la formation  Date d’arrivée du dossier : |  | **Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis**  **Fait à :**   **le**  **Signature du candidat :** |

**Pour les candidats mineurs,**

**Votre dossier est à déposer (ou envoyer) à :**

**FORMATIC 14 rue Nicolas Copernic 13200 Arles / 04 90 93 75 26**

**signature des parents** (ou du représentant légal, NOM Prénom)**:**

**Comment avez-vu eu connaissance de cette formation dispensée par notre Organisme ?**

Internet Courrier d’information Bouche à oreille Autre, à préciser *(Mission Locale, Pole Emploi…)* ………………………..

|  |
| --- |
| **Etat civil** |
| VEUILLEZ COMPLETER CET ENCADRE EN LETTRES MAJUSCULES  *(joindre copie de la Carte d’Identité* ***en cours de validité****, recto/verso, ou copie de la Carte de Séjour, ou du Passeport)*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Genre** : | **🞎**Mademoiselle | **🞎**Madame | **🞎**Monsieur |   **Nom:**  **Nom de jeune fille:** **Prénom:**  **Date de naissance:**  **Code postal de la ville de naissance (code postal complet) : (***exemple : 13200)*  **Lieu de naissance (Ville et Pays) :***(exemple : ARLES, FRANCE)*  **Age:** **Nationalité:**  **Adresse:**  **CP:** **Ville:** **Tél en cas d’urgence** :  **Tél. :** **E-mail:**  **N° sécurité sociale :**… / …… / …… / …… / ……… / ……… / …… **C.P.A.M. de:**  *(joindre copie de l’Attestation carte VITALE et copie lisible carte VITALE)*   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Situation familiale** : | **🞎**Célibataire | **🞎**Maritalement | **🞎**Marié(e) | **🞎**Divorcé(e) | **🞎**Autre |   **Nombre d'enfants à charge :**  *(pour les candidats charge de famille et les mineurs, joindre copie du livret de famille)*  **🞎**Permis de conduire **🞎**Véhicule personnel | |

|  |
| --- |
| **Parcours de formation** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Niveau scolaire :** | **🞎**VI Bis Sans scolarité | **🞎**VI Fin de scolarité | **🞎**V CAP – BEP | |  | **🞎**IV Baccalauréat | **🞎**III Bac +2 | **🞎**II Licence et plus |   **Dernière classe scolaire suivie :** | |
| **Formation générale et diplômes :**   |  |  | | --- | --- | | **Intitulé du diplôme** *(Joindre la photocopie du diplôme)* | **Date d’obtention** jour/mois/année | |  |  | |  |  | |  |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formations et diplômes professionnels dans l’animation :**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Diplômes***(Joindre la copie du diplôme)* | | **Date d’obtention** jour/mois/année | **Diplômes***(Joindre la copie du diplôme)* | | **Date d’obtention** jour/mois/année | | **B.A.S.E** | **🞎**Oui  **🞎**Non |  | **BAPAAT** | **🞎**Partiel  **🞎**Complet |  | | **B.A.F.A.** | **🞎**Partiel  **🞎**Brevet complet |  | **BPJEPS** (BEATEP),  mention : | **🞎**Partiel  **🞎**Complet |  | | **B.A.F.D.** | **🞎**Partiel  **🞎**Brevet complet |  | **PSC1 ou AFPS** | **🞎**Oui  **🞎**Non |  |   **Autre stage de formation rémunéré :**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Avez-vous déjà effectué un stage de formation rémunéré** | **🞎**Oui | **🞎**Non |   **Si OUI la formation a été rémunérée par :🞎**AFPA**🞎**ASSEDIC/POLE EMPLOI**🞎**CNASEA/ASP**🞎**Autres :  **Intitulé de la formation :** Nom du **Centre de formation** :  **Dates de la formation**(jour/mois/année)**:** du au |

**Situation professionnelle**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎 SALARIE(E)***(joindre l’autorisation d’inscription à la formation de l’employeur, et l’accord de prise en charge)*  **Nom de l'employeur** : **Personne à contacter** :  **Adresse** :  **CP** : **Ville** : **Tél. fixe** :  **Fax** : **E-mail** : @   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Type de contrat** : | **🞎**CDI | **🞎**CDD | **🞎**Contrat Aidé | **🞎**Autres : |   *(information auprès de votre employeur)*   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Prise en charge employeur**  **Ou par OPCO** | **🞎**Oui  **🞎**Oui | **🞎**Non  **🞎**Non |   **🞎 INSCRIT(E) A POLE EMPLOI** *(joindre copie de la notification et la prescription de Pôle Emploi) (à renseigner obligatoirement en clair)*  **Pôle Emploi (ALE)**de : **Nom du Conseiller :**  **N° identifiant**: **Date d'inscription :** **🞎 DELD**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Indemnisation POLE EMPLOI** | **🞎**Oui | **🞎**Non | **Si oui date de fin d’indemnisation :** |   **Dernier emploi occupé** : **Date de fin du dernier emploi** :  **🞎 INSCRIT(E) A LA MISSION LOCALE** *(joindre copie de la prescription de la Mission Locale)*  **Mission locale de** : **Nom du Conseiller** : **Date d'inscription** :  **🞎 AUTRES (Cap Emploi, Conseil Départemental, …)** *(joindre copie de la prescription de l’organisme)*  **Nom de l'organisme** : **Nom du Conseiller** : **Date d'inscription** : |

**Informations pratiques :**

* **Pour les demandeurs d’emploi ou non de moins de 26 ans :** Vous devez être inscrit auprès de la mission locale de votre lieu d’habitation et avoir une prescription de la part de votre conseiller pour suivre cette formation (SEDOP, travail sur projet professionnel, …)
* **Pour les demandeurs d’emploi de plus de 26 ans :** Vous devez être inscrit auprès du Pôle Emploi de votre lieu d’habitation (ALE) et avoir une prescription de la part de votre conseiller pour suivre cette formation (bilan de compétence, travail sur projet professionnel, …)
* **Pour les personnes percevant le RSA :** Vous devez avoir une prescription de la part de votre conseiller (PLIE) pour suivre cette formation (bilan de compétence, travail sur projet professionnel, …)
* **Pour les personnes avec une RQTH**: Vous devez avoir une prescription de la part de votre conseiller (Cap Emploi) pour suivre cette formation (bilan de compétence, travail sur projet professionnel, …)
* **SI VOUS ÊTES SALARIÉ : renseignements à prendre auprès de votre employeur**

**Conformément aux dispositions de l’article 27 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, il est prévu que les informations nominatives recueillies sur le présent formulaire revêtent un caractère obligatoire pour l’inscription aux Brevets et Diplômes d’Etat. Ces informations ne peuvent être communiquées qu’à l’administration centrale et aux services déconcentrés du Ministère de la Jeunesse, des Sports. Il existe un droit d’accès et de rectification qui s’exerce soit à l’administration centrale du ministère, soit auprès de ses services déconcentrés.**