

Le financement de votre formation

Votre formation sera financée par :

L'Etablissement employeur

Un Organisme Financier :

Nom et adresse de l'organisme : _____

Personne chargée du suivi du dossier : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Autre financement, précisez : _____

Fait à _____ Le _____

Je soussigné(e), certifie exactes les données mentionnées dans ce dossier.

Signature du (de la) candidat(e), précédée de la mention « Lu et Approuvé » :

Pièces à joindre à votre dossier d'inscription :

Dossier d'Inscription à la Formation

3 Photos d'Identité récentes

Photocopie de la Carte d'Identité recto-verso ou du Livret de Famille

Attestation de l'employeur précisant la Nature du contrat de travail et le Poste de travail occupé pendant la durée de la Formation

Autorisation de l'Employeur à suivre cette Formation et précisant les Conditions de son Financement

Photocopie(s) du (des) Diplôme(s)

➤ dispensant de l'Epreuve Ecrite

➤ donnant droit à Dispenses et Allègements de certains Domaines de Formation

Demande écrite pour bénéficier de Dispense ou d'Allègement

Questionnaire renseigné pour l'Epreuve Orale

Lettre de Motivation manuscrite

Photocopie du P.S.C.1, de l'A.F.P.S, du B.N.S ou du C.S.S.T

1 ou 2 chèques selon la situation :

➤ pour les candidats **qui ne passent pas l'épreuve écrite** d'admissibilité : **1 chèque de 107 €** (35 € de frais de dossier et 72 € pour l'épreuve orale).

➤ pour les candidats **qui passent l'épreuve écrite** d'admissibilité : **1 chèque de 75 €** (35 € de frais de dossier et 40 € pour l'épreuve écrite) **et 1 chèque de 72 €**. En cas d'inadmissibilité, ce 2^{ème} chèque sera retourné au candidat.

Seuls les dossiers d'inscriptions COMPLETS seront pris en compte

et doivent être retournés au plus tard

le **Vendredi 25 septembre 2015** pour les candidats devant passer l'épreuve écrite

le **Lundi 12 octobre 2015** pour les candidats se présentant uniquement à l'épreuve orale

Dossier à retourner à l'adresse suivante :

IRTESS de Bourgogne
Secrétariat Formation AMP
2 Rue Professeur Marion
21000 DIJON

*Toute déclaration reconnue fausse entraîne l'élimination du (de la) candidat(e) aux épreuves d'admission.
Ce questionnaire sera traité par un système informatisé ayant donné lieu à une déclaration à la CNIL*



DOSSIER D'INSCRIPTION Formation d'Aide Médico- Psychologique Novembre 2015 – Novembre 2016

NOM : _____

NOM de JEUNE FILLE : _____

PRENOM : _____

Date de Naissance : _____

Lieu de Naissance : _____

Nationalité : _____

Photo
d'Identité
récente

Vos coordonnées personnelles :

Situation familiale ⁽¹⁾ :

Célibataire Marié(e) Autre Nombre d'enfants : _____

Adresse personnelle : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Autorisez-vous l'IRTESS à communiquer vos coordonnées ?

A vos collègues de promo

Aux intervenants

Non

Votre cursus scolaire

Diplôme(s) ou titre : ¹

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> BEPC (Brevet des Collèges) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | ⇒ Année d'Obtention _____ |
| <input type="checkbox"/> BEP - CAP | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | ⇒ Année d'Obtention _____ |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | ⇒ Année d'Obtention _____ |
| <input type="checkbox"/> Diplôme Supérieur (à préciser) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | ⇒ Année d'Obtention _____ |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : _____ | | | ⇒ Année d'Obtention _____ |

Diplôme(s) accordant des dispenses ou allègements de domaines de formation : ¹

- Dispense :
- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> D.E Auxiliaire de Vie Sociale ou mention complémentaire Aide à Domicile | _____ |
| <input type="checkbox"/> D.P d'Aide-Soignant | _____ |
| <input type="checkbox"/> B.A.P.A.A.T. | _____ |
- Allègement possible :
- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> D.P d'Auxiliaire de Puériculture | _____ |
| <input type="checkbox"/> B.E.P Carrières Sanitaires et Sociales | _____ |
| <input type="checkbox"/> B.E.P.A Option Services aux Personnes | _____ |
| <input type="checkbox"/> C.A.P Petite Enfance | _____ |
| <input type="checkbox"/> C.A.P.A Services en Milieu Rural | _____ |
| <input type="checkbox"/> D.E d'Assistant Familial | _____ |
| <input type="checkbox"/> Titre d'Assistant de Vie aux Familles | _____ |

Joindre une copie de votre diplôme

Pour les titulaires des diplômes précités, des dispenses et des allègements de formation sont possibles :

Souhaitez-vous bénéficier de dispenses ? Oui Non

Souhaitez-vous bénéficier d'allègements ? Oui Non

(Les allègements définitifs sont déterminés au début de la formation)

Etes-vous titulaire de :

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Certificat « Prévention et secours civique de niveau I » ? (PSC1) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | ⇒ Année d'Obtention _____ |
| Attestation de formation aux premiers secours (AFPS) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | ⇒ Année d'Obtention _____ |
| Brevet National de Secourisme (BNS) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | ⇒ Année d'Obtention _____ |
| Certificat de Sauveteur Secouriste Du Travail (CSST) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | ⇒ Année d'Obtention _____ |

Joindre une copie de votre diplôme

SI SITUATION D'EMPLOI : Votre Etablissement Employeur

Tuteur « Référent professionnel », responsable du Tutorat du (de la) Stagiaire (si en situation d'emploi) :

Les stagiaires doivent être en poste d'aide à la personne dès l'entrée en formation pour un temps d'activité minimum de 700 heures pendant la formation (sur la base de la formation suivie dans son intégralité). Un tutorat au sein de l'Etablissement ou du Service est également indispensable.

Nom et Prénom du tuteur : _____

Fonction : _____

Coordonnées de l'établissement SI CANDIDAT EN SITUATION D'EMPLOI Secteur Social et Médico-Social :

Nom de l'établissement, du Service ou de l'Entreprise : _____

Adresse _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Nom du (de la) Directeur(trice) : _____

Personne chargée du suivi du dossier administratif : _____

Nom et adresse du lieu de travail si secteur professionnel différent : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Type de population accueillie :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mineurs Handicapés | <input type="checkbox"/> Adultes Déficients Intellectuels |
| <input type="checkbox"/> Adultes Handicapés | <input type="checkbox"/> Personnes en Difficultés Sociales |
| <input type="checkbox"/> Mineurs Déficients Intellectuels | <input type="checkbox"/> Personnes Agées dépendants ou non |

Occupez-vous un poste :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Faisant Fonction d'AMP | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Précisez : _____

Financement de votre formation :

Vous réalisez votre formation dans le cadre d'un :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrat à Durée Indéterminée (CDI) | <input type="checkbox"/> CIF CDD |
| <input type="checkbox"/> Contrat à Durée Déterminée (CDD) | <input type="checkbox"/> Autofinancement (possible pour les personnes titulaires du DEAVS ou du DP Aide-Soignant) |
| <input type="checkbox"/> Contrat de Professionnalisation | <input type="checkbox"/> Autofinancement partiel possible à hauteur de 3 180 € maximum sous réserve d'un complément (OPCA, CIF...) |
| <input type="checkbox"/> Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi | |
| <input type="checkbox"/> Contrat CIVIS | |
| <input type="checkbox"/> Contrat d'Avenir | |
| <input type="checkbox"/> Contrat de sécurisation professionnelle (reclassement professionnel) | |
| <input type="checkbox"/> Autre type de contrat, précisez _____ | |

¹ Cochez la case correspondant

EXTRAIT DU REGLEMENT D'ADMISSION AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

(Fiche à conserver par le candidat)

(Le règlement complet d'admission peut être consulté à l'IRTESS)

La formation **en alternance** est dispensée par la voie promotionnelle sur une durée de **12 mois**. Elle s'adresse à toute personne **en situation d'emploi d'AMP ou apparenté ou à des personnes dans un emploi autre qu'AMP ou apparenté, ou des personnes en reconversion professionnelle**.

Peuvent accéder à la formation, **sans condition d'âge ni de diplôme**, les candidats ayant satisfait aux épreuves d'admissibilité et d'admission organisées par le Centre de Formation.

1 - Conditions d'accès aux épreuves d'admission

L'accès à la formation se déroule en deux étapes avec une première **épreuve écrite d'admissibilité** et une seconde **épreuve orale d'admission**.

2 - Date limite d'inscription

Le dossier d'inscription complet doit être impérativement retourné à l'IRTESS au plus tard le **Vendredi 25 septembre 2015 minuit** (cachet de la poste faisant foi) **pour les personnes devant se présenter à l'épreuve écrite d'admissibilité** et au plus tard le **lundi 12 octobre 2015 minuit** (cachet de la poste faisant foi) **pour les personnes se présentant à l'épreuve orale d'admission**.

3 - Déroulement des épreuves

- **1^{ère} partie : Une épreuve écrite d'admissibilité :**

Judi 15 octobre 2015 à l'IRTESS – 2 rue Professeur Marion – 21000 DIJON

Cette épreuve consiste en un **questionnaire d'actualité** comportant **10 questions** (durée **1h30**) portant sur les domaines sociaux, économiques, familiaux, pédagogiques, médicaux et de santé.

Sont dispensés de l'épreuve écrite d'admissibilité, les candidats titulaires des diplômes suivants :

- ✓ **DEAVS** (diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale) ou mention complémentaire Aide à Domicile
- ✓ **Diplôme professionnel d'Aide-Soignant**
- ✓ **Diplôme professionnel d'Auxiliaire de Puériculture**
- ✓ **BEP** carrières sanitaires et sociales
- ✓ **BEPA** option services aux personnes
- ✓ **BAPAAT** (brevet d'aptitude professionnelle d'assistant animateur)
- ✓ **CAP** petite enfance
- ✓ **CAPA** services en milieu rural
- ✓ **DE** d'assistant familial
- ✓ Titre d'assistant de vie aux familles

Ces candidats seront directement convoqués à l'épreuve orale.

Chaque candidat ayant passé l'épreuve écrite d'admissibilité sera noté de 0 à 20, de manière anonyme. L'admissibilité est déclarée lorsque le candidat obtient une note égale ou supérieure à 10. Le candidat admissible sera ensuite convoqué à l'épreuve orale.

- **2^{ème} partie : Une épreuve orale d'admission :**

Le jeudi 29 octobre 2015 à l'IRTESS – 2 rue Professeur Marion – 21000 DIJON

Cette épreuve concerne **tous les candidats** et consiste en un **entretien oral (20mn)** à partir d'un questionnaire ouvert de candidature et d'un texte de motivation rempli par le candidat, préalablement à l'oral. Elle se déroule devant un **jury composé d'un formateur de l'institut et d'un professionnel du secteur médico-social**. Pour que l'épreuve soit validée, le candidat doit obtenir **une note égale ou supérieure à la moyenne et ne pas avoir de note inférieure à 8 sur 20 à l'un des items de l'évaluation**.

La liste des admis est prononcée par la commission d'admission présidée par le directeur de l'IRTESS ou son représentant. Les résultats sont communiqués par courrier et par voie d'affichage pour tous les candidats.

L'admission prononcée par un autre centre de formation, dans les mêmes conditions, est valide.

4 - Frais d'inscription

- ✓ **107 €** pour les candidats qui **ne passent pas l'épreuve écrite d'admissibilité** (35€ de frais de dossier et 72€ pour l'épreuve orale)
- ✓ **147 €** pour les candidats **qui passent l'épreuve d'admissibilité** (75€ se répartissant en 35€ de frais de dossier, 40 € pour l'épreuve écrite et 72 € pour l'épreuve orale).

Le candidat ne pourra, en aucun cas, demander le remboursement des frais d'inscription

Questionnaire de candidature à la formation
d'Aide Médico-Psychologique

Oral d'Admission

**CE QUESTIONNAIRE SERVIRA DE SUPPORT A L'ENTRETIEN ORAL
D'ADMISSION.**

Nom du candidat : _____

Centres d'intérêt : _____

Quels sont vos principaux centres d'intérêt (vie culturelle et/ou sportive, vie associative, vie sociale, ouverture sur le monde...) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pouvez-vous vous exprimer sur un ou plusieurs sujets dont vous aimez parler et qui selon vous méritent de s'y attarder ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Parcours scolaire, de formation, professionnel :

Quel est votre parcours scolaire et de formation ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quelles sont vos différentes expériences professionnelles (durée, emploi occupé) ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pouvez-vous évoquer une situation personnelle ou professionnelle qui vous a particulièrement interrogé(e) ? Comment y avez-vous répondu ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Connaissance du métier :

Comment avez-vous eu connaissance de la profession d'AMP ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Comment voyez-vous l'activité de l'AMP ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels sont vos intérêts pour ce métier ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles qualités vous reconnaissez-vous pour ce métier ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont vos appréhensions par rapport à ce métier ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Votre projet de formation :

Comment avez-vous eu connaissance de la formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

Qu'attendez-vous de cette formation ?

.....

.....

.....

.....

**PREPARATION POSSIBLE
AUX SELECTIONS ECRITES ET ORALES
D'ENTREE EN FORMATION
AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE
*Du 27 août 2015 au 2 octobre 2015***

OBJECTIFS

- Evaluer ses compétences à l'écrit et à l'oral
- Améliorer ses capacités d'expression (orales et rédactionnelles)
- Approfondir la méthodologie de l'écrit
- Développer sa culture générale et professionnelle
- Savoir mobiliser ses connaissances
- Mieux structurer sa pensée et son mode de raisonnement
- Adapter ses réponses aux attentes de son interlocuteur
- Se familiariser avec le secteur social et médico-social
- Découvrir le registre des activités professionnelles de l'AMP

CONTENUS

- Entraînement à l'expression orale : prendre la parole, améliorer son vocabulaire, diction
- Techniques de base de la communication écrite, orale, et gestuelle
- Construction d'un parcours professionnel : repérage et organisation des séquences significatives
- La persuasion et l'argumentation : les différentes techniques à utiliser
- Rappel de notions grammaticales et lexicales de base
- Exercices d'entraînement
- Informations et mise en veille sur le secteur médico-social
- Exploitation de mises en situations groupales et individuelles
- Travaux sur table
- Témoignages de professionnels intervenant dans les secteurs de la gérontologie et du handicap

MODES DE TRAVAIL PEDAGOGIQUE

- Exposés et apports théoriques
- Etudes de dossiers
- Questionnaire individuel
- Exercices d'entraînement
- Travail personnel intersessions
- Epreuves écrites et orales en situation de sélection

PUBLIC

Candidats à la formation d'AMP

DUREE

Cycle de 10 jours à l'IRTESS, soit 60 heures de formation

DATES

<i>Expression Ecrite</i>	5 jours	27 août 2015
		28 août 2015
		3 septembre 2015
		4 septembre 2015
		17 septembre 2015
<i>Expression Orale</i>	5 jours	18 septembre 2015
		24 septembre 2015
		25 septembre 2015
		1 ^{er} octobre 2015
		2 octobre 2015

HORAIRES

De 9 h 00 à 12 h 00 et de 14 h 00 à 17 h 00

COUT

705,00 euros par stagiaire pour la **totalité du stage** (expression écrite **et** orale)

↳ **352,50 euros** par stagiaire pour **5 jours** (expression écrite)

↳ **352,50 euros** par stagiaire pour **5 jours** (expression orale)

REFERENTS DE FORMATION

Marc SCHOENAHN ☎ 03.80.72.64.94 / mschoenahl@irtess.fr

Jacques CHANU

RENSEIGNEMENTS ET RETOUR IMPERATIF DES INSCRIPTIONS
AU PLUS TARD LE 21 AOUT 2015

Angèle DE LA PORTE
Secrétariat formation AMP
IRTESS de Bourgogne
Tel. 03 80 72 67 55 / Fax. 03 80 36 45 38
mdelaporte@irtess.fr - www.irtess.fr

Horaires secrétariat : Lundi – Mercredi : 8h30 - 12h - 13h30 – 17h / Vendredi : 8h30 – 12 h