

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**Formation**

**Aide Médico-Psychologique**

**23 Mai 2016 – Novembre 2017 (Dijon et Chalon)**

**31 mai 2016 – Novembre 2017 (Auxerre)**

**Site de :**  Dijon  Chalon  Auxerre

**L'IRTESS se réserve si nécessaire le droit d'affectation sur les sites  
selon les effectifs des candidats**

**NOM :** \_\_\_\_\_

**NOM de JEUNE FILLE :** \_\_\_\_\_

**PRENOM :** \_\_\_\_\_

**Date de Naissance :** \_\_\_\_\_

**Lieu de Naissance :** \_\_\_\_\_

**Nationalité :** \_\_\_\_\_

Photo  
d'identité  
récente

**Vos coordonnées personnelles :**

**Situation familiale <sup>(1)</sup> :**

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 : <sup>1</sup>

- |   |                              |                              |                           |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| <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 : <sup>1</sup>

Dispense :

- D.E Auxiliaire de Vie Sociale ou mention complémentaire Aide à Domicile**
- D.P d'Aide-Soignant**
- B.A.P.A.A.T.**

Année d'obtention :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allègement possible :

- D.P d'Auxiliaire de Puériculture
- B.E.P Carrières Sanitaires et Sociales
- B.E.P.A Option Services aux Personnes
- C.A.P Petite Enfance
- C.A.P.A Services en Milieu Rural
- D.E d'Assistant Familial
- 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)**  Oui  Non ⇒ Année d'Obtention \_\_\_\_\_

Attestation de formation aux premiers secours **(AFPS)**  Oui  Non ⇒ Année d'Obtention \_\_\_\_\_

Brevet National de Secourisme **(BNS)**  Oui  Non ⇒ Année d'Obtention \_\_\_\_\_

Certificat de Sauveteur Secouriste Du Travail **(CSST)**  Oui  Non ⇒ Année d'Obtention \_\_\_\_\_

*Joindre une copie de votre diplôme*

<sup>1</sup> Cochez la case correspondant

## 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 :

- Faisant Fonction d'AMP       Oui       Non

Si Oui, tâches quotidiennes principalement exercées :

\* \_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_

- Autre       Oui       Non

Précisez : \_\_\_\_\_

## **Financement de votre formation :**

Vous réalisez votre formation dans le cadre d'un :

- Contrat à Durée Indéterminée (CDI)  CIF CDD
- Contrat à Durée Déterminée (CDD)
- Contrat de Professionnalisation
- Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi
- Contrat CIVIS
- Contrat d'Avenir
- Contrat de sécurisation professionnelle (reclassement professionnel)
- Autre type de contrat, précisez \_\_\_\_\_

## **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 que l'épreuve orale** d'admission : **1 chèque de 110 €**.
  - pour les **candidats qui passent les épreuves écrite et orale** : **1 chèque de 76 € et 1 chèque de 75 €**. En cas d'échec à l'épreuve écrite, ce 2<sup>ème</sup> chèque sera retourné au candidat.

Seuls les dossiers d'inscriptions COMPLETS seront pris en compte  
et doivent être retournés au plus tard  
le **Vendredi 26 février 2016** pour les candidats devant passer l'épreuve écrite  
le **Vendredi 18 mars 2016** pour les candidats se présentant uniquement à l'épreuve orale

**Dossier à retourner à l'adresse suivante :**

**IRTESS de Bourgogne**  
**Secrétariat Formation AMP**  
*A l'attention de Madame Bérange DUPUY*  
**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*

**Epreuve Orale d'Admission 2016**

**Aide Médico-Psychologique**

**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 ? .....

.....

.....

.....

.....

.....

## 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 **18 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 26 février 2016** minuit (cachet de la poste faisant foi) **pour les personnes devant se présenter à l'épreuve écrite d'admissibilité** et au plus tard le **Vendredi 18 mars 2016** minuit (cachet de la poste faisant foi) **pour les personnes se présentant à l'épreuve orale d'admission**.

### **3 - Déroulement des épreuves**

#### **• 1<sup>ère</sup> partie : Une épreuve écrite d'admissibilité :**

**Jeudi 10 mars 2016** 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 :**

- |   |   |
|---|---|
| ✓ <b>DEAVS</b> (diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale) ou mention complémentaire Aide à Domicile | ✓ <b>BAPAAT</b> (brevet d'aptitude professionnelle d'assistant animateur) |
| ✓ Diplôme professionnel d'Aide-Soignant   | ✓ <b>CAP</b> petite enfance   |
| ✓ Diplôme professionnel d'Auxiliaire de Puériculture  | ✓ <b>CAPA</b> services en milieu rural                                    |
| ✓ <b>BEP</b> carrières sanitaires et sociales   | ✓ <b>DE</b> d'assistant familial  |
| ✓ <b>BEPA</b> option services aux personnes   | ✓ 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<sup>ème</sup> partie : Une épreuve orale d'admission :**

**Le jeudi 31 mars 2016** 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, par voie d'affichage ou sur le site Internet de l'IRTESS pour tous les candidats.

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

### **4 - Frais d'inscription (en cas d'annulation de candidature, 35 € de frais de dossier resteront acquis au Centre de formation)**

- ✓ **110 €** pour les candidats qui **ne passent que l'épreuve orale d'admission**
- ✓ **147 €** pour les candidats qui **passent les épreuves écrite et orale**

**Dossier d'Inscription au  
Stage de Préparation à l'Expression  
Ecritte et/ou Orale AMP  
(Janvier 2016 à mars 2016)**

**NOM :**

---

**NOM de JEUNE FILLE :**

---

**PRENOM :**

---

**Date de Naissance :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Lieu de Naissance :**

---

**Nationalité :**

---

**Vos coordonnées personnelles :**

**Situation familiale <sup>(1)</sup> :**

Célibataire     Marié(e)     Autre    Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

**Adresse personnelle :** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Code Postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_

**Téléphone domicile :** \_\_\_\_\_ **Téléphone portable :** \_\_\_\_\_

**Adresse mail :** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Stage de préparation :**

**Vous désirez suivre :**

- L'expression écrite et orale
- L'expression écrite uniquement
- L'expression orale uniquement

**Situation professionnelle :**

Sans emploi

*suivante)*

En situation d'emploi

*(dans ce cas, merci de compléter la partie*

**Votre Etablissement Employeur**

**Coordonnées de l'établissement :**

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 :

\_\_\_\_\_

*Adresse du lieu de travail, si différente*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**Type de population accueillie :**

Mineurs Handicapés

Adultes Handicapés

Mineurs Malades Mentaux

Adultes Malades Mentaux

Personnes en Difficultés Sociales

Personnes Agées

**Votre contrat de travail :**

**Vous réalisez votre formation dans le cadre d'un :**

Contrat à Durée Indéterminée (CDI)

Contrat à Durée Déterminée (CDD)

Date de fin contrat :

**Occupez-vous un poste :**

Faisant fonction d'AMP       Oui       Non

Autre       Oui       Non

Précisez : \_\_\_\_\_

**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**
- Photocopie de la **Carte d'Identité recto-verso** ou du **Livret de Famille**
- Autorisation de l'Employeur à suivre cette Formation** et précisant les **Conditions de son Financement**

**Dossier à retourner à l'adresse suivante :**

**IRTESS de Bourgogne**  
**Secrétariat Formation AMP**  
*A l'attention de Mme Béragère DUPUY*  
**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

**PREPARATION AUX SELECTIONS ECRITES ET ORALES  
D'ENTREE EN FORMATION  
AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE  
*Du 10 janvier au 25 mars 2016***

**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>	<b>5 jours</b>	10 janvier 2016
		25 janvier 2016
		5 février 2016
		22 février 2016
		4 mars 2016
<i>Expression Orale</i>	<b>5 jours</b>	19 janvier 2016
		26 janvier 2016
		23 février 2016
		3 mars 2016
		25 mars

## **HORAIRES**

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

## **COÛT**

**722,00 euros** par stagiaire pour la **totalité du stage** (expression écrite **et** orale)

↳ **361,00 euros** par stagiaire pour **5 jours** (expression écrite)

↳ **361,00 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 INSCRIPTIONS **JUSQU'AU 4 JANVIER 2016****

*Bérangère DUPUY*

*Secrétariat formation AMP*

IRTESS de Bourgogne

Tel. 03 80 72 64 73 / Fax. 03 80 36 45 38

[bdupuy@irtess.fr](mailto:bdupuy@irtess.fr) - [www.irtess.fr](http://www.irtess.fr)