

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 27 FEVRIER 2015 pour les candidats devant passer l'épreuve écrite

le 12 MARS 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 fautive 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 à la formation d'Aide Médico-Psychologique Mai 2015 à Novembre 2016

Site de : Dijon Chalon Yonne

L'IRTESS se réserve 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 ⁽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

Année d'obtention :

- | | |
|--|-------|
| <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"/> D.P d'Auxiliaire de Puériculture | _____ |
| <input type="checkbox"/> B.A.P.A.A.T | _____ |
| <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 à prévoir.

Nom et Prénom du tuteur : _____

Fonction : _____

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 :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mineurs Handicapés | <input type="checkbox"/> Adultes Malades Mentaux |
| <input type="checkbox"/> Adultes Handicapés | <input type="checkbox"/> Personnes en Difficultés Sociales |
| <input type="checkbox"/> Mineurs Malades Mentaux | <input type="checkbox"/> Personnes Agées |

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"/> 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 _____ | |

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 : _____

¹ Cochez la case correspondante