

# DOSSIER DE CANDIDATURE

## ACCOMPAGNANT ÉDUCATIF ET SOCIAL

(remplace DEAMP/DEAVS)  
(rentrée septembre 2017)

Merci de bien vouloir compléter ce dossier avec soin et précision et d'écrire lisiblement en majuscule.

### SPECIALITE CHOISIE

- ACCOMPAGNEMENT DE LA VIE A DOMICILE
- ACCOMPAGNEMENT DE LA VIE EN STRUCTURE
- ACCOMPAGNEMENT A L'ÉDUCATION INCLUSIVE ET A LA VIE ORDINAIRE

### IDENTITÉ

Madame       Monsieur

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

 **pièce à joindre au dossier : photocopie d'une pièce d'identité recto/verso**

Situation familiale : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

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

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

Ville : \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

coller une photo

## VOUS ETES DEMANDEUR D'EMPLOI

Durée de la période de demande d'emploi [ \_\_\_\_\_ ] années [ \_\_\_\_\_ ] mois

Durée de l'expérience professionnelle [ \_\_\_\_\_ ] années [ \_\_\_\_\_ ] mois

Vous êtes inscrit(e) à l'agence Pôle Emploi de : \_\_\_\_\_

Nom de votre conseiller : \_\_\_\_\_

Votre numéro identifiant : \_\_\_\_\_

Percevez-vous une allocation Pôle Emploi ?  OUI  NON

Si oui, laquelle ? :  ARE  ASS  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Êtes-vous suivi(e) par une Mission Locale ?  OUI  NON

Si oui, nom de votre conseiller : \_\_\_\_\_

de la Mission Locale de : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous du RSA ?  OUI  NON

Avez-vous le statut de travailleur handicapé ?  OUI  NON

## VOUS AVEZ UN EMPLOI

Emploi occupé : \_\_\_\_\_

Type de contrat : \_\_\_\_\_

date début : \_\_\_\_\_

date fin : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS DIVERSES

Permis de conduire


OUI

NON

Moyen de locomotion : \_\_\_\_\_

# PARCOURS SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL

## A - Diplômes

 **pièce à joindre au dossier** : photocopie du ou des diplômes

Diplômes	Année d'obtention

## B - Formations réalisées :

Intitulé de la formation	Année de réalisation
	..... / .....
	..... / .....
	..... / .....
	..... / .....
	..... / .....

## FORMATION

Vous souhaitez effectuer :

- La formation complète  
 La formation partielle :  dans le cadre d'une formation post VAE

## RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

	OUI	NON
Dispense de l'épreuve d'admissibilité		
Autre : .....		

## STATUT

(Cette information peut être donnée après l'épreuve de sélection lors de l'inscription définitive en formation).

**Vous êtes :**

- salarié(e)** (CDI, CDD ou contrat de professionnalisation, contrat d'apprentissage) et votre employeur est d'accord pour que vous suiviez cette formation sur votre temps de travail. La prise en charge financière sera assurée :
- dans le cadre d'un CUI CAE Contrat d'Avenir
  - dans le cadre d'un contrat d'apprentissage
  - dans le cadre d'un contrat de professionnalisation
  - par l'employeur au titre du plan de Formation
  - par un congé individuel de formation (CIF CDD - CDI)

## PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

Veillez cocher les éléments que vous joignez à ce dossier

Cochez les documents joints	Pour tous les candidats	Cadre réservé au centre
	1 photo d'identité à coller sur la 1ère page	
	Photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité recto / verso	
	Photocopie du ou des diplômes obtenus	
	Curriculum Vitae détaillé et à jour	
	Lettre de motivation manuscrite	
	Un chèque de 50 euros correspondant aux frais d'inscription à l'ordre de AFG L'Oustal. Les frais ne font l'objet d'aucune restitution sauf en cas d'absence pour cause de force majeure dûment justifiée	
	4 timbres au tarif en vigueur	
Pour les candidats salariés ayant un financement employeur, documents supplémentaires à fournir		
	Photocopie du (ou des) contrat(s) de travail	
	Attestation de l'employeur pour la prise en charge financière de la formation <b>OU</b> copie de la décision d'acceptation d'un congé individuel de formation (CIF)	
Autre(s) document(s) fourni(s)		
	Autorisation des parents, si le candidat est mineur au moment d'engager la formation	
	Photocopie de la Reconnaissance de Travailleur Handicapé délivrée par la Commission pour les Droits et l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)	

## SIGNATURE DU CANDIDAT

Je soussigné(e), ..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis concernant ma situation personnelle et professionnelle et confirme ma candidature à l'épreuve de sélection pour la formation au DEAES.

**Signature**

Fait à ....., le .....

## RÉSERVÉ AU CENTRE

Dossier reçu le : .....