



Centre de Formation

253 rue Paul Sabatier
47300 Villeneuve sur Lot
Tél. : 05 53 36 21 36

Courriel : formationcontinue.oustal@cneap.fr
Site Internet : www.lycee-oustal.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION

Titre Professionnel ASSISTANT DE VIE AUX FAMILLES (date de rentrée le 1er septembre 2026)

Merci de bien vouloir compléter ce dossier avec soin et précision

SÉLECTION

Entretien individuel sur rendez-vous.

IDENTITÉ

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénoms :

coller une photo

Date de naissance :

Département :

Pays :

Age :

Nationalité :

N° de sécurité sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Régime social :

☐ CPAM ☐ MSA

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Adresse personnelle :

Code Postal :

Ville :

N° de téléphone :

E-mail:

VOUS ÊTES 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 France Travail de : _____

Votre numéro identifiant : _____

Nom de votre conseiller: _____

Percevez-vous une allocation France Travail ? ☐ 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. : _____

Nom du directeur / directrice : _____

INFORMATIONS DIVERSES

Permis de conduire ☐ OUI ☐ NON ☐ En cours

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
 /
 /
 /
 /
 /

STATUT

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

Vous êtes :


☐ **demandeur d'emploi.** La prise en charge financière sera assurée par :

☐ **salarié(e)** (CDI, CDD) votre employeur est d'accord pour que vous suiviez cette formation sur votre temps de travail. La prise en charge financière sera assurée :

- ☐ par l'employeur au titre du plan de développement des compétences
- ☐ par un projet de transition professionnelle (PTP)

PIÈCES A JOINDRE AU DOSSIER *

Veuillez cocher les éléments que vous joignez à ce dossier * TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ

Cochez les documents joints	Pour tous les candidats	Cadre réservé au centre
	2 photos d'identité	
	Photocopie d'une carte d'identité recto/verso, passeport ou titre de séjour en cours de validité	
	Photocopie du ou des diplômes obtenus	
	Curriculum Vitae détaillé et à jour	
	Lettre de motivation manuscrite	
	Extrait du bulletin n°3 du casier judiciaire national de moins de 3 mois à la date de dépôt de la demande (démarche à effectuer en ligne sur https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr)	
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 OU 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)	
	 pièce à joindre au dossier : Reconnaissance de Travailleur Handicapé	

SIGNATURE DU CANDIDAT

Je soussigné(e) (NOM, Prénom) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis concernant ma situation personnelle et professionnelle et confirme ma candidature.

Les informations recueillies vous concernant ne seront utilisées que dans le cadre de la gestion administrative et financière de votre dossier en tant que stagiaire de notre établissement.

Depuis la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant par courrier au Chef d'Etablissement

Fait à le **Signature**

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE

Dossier reçu le :

Type de candidature : ☐ Prescription n° ☐ Auto-positionnement

Candidature retenue : ☐ OUI ☐ NON