

formation-professionnelle.ufcv.fr

Coordonnées de l'UFCV
27 avenue du 6 juin,
14000 Caen

Dossier à retourner complet à l'UFCV, avec les pièces à fournir, pour le :

Dès que possible pour vous donner une date d'entretien

Tout dossier incomplet sera automatiquement rejeté

* Cocher la case correspondante ** Écrire en CAPITALES

Session

Diplôme ou CPjeps Animateur de Vie Quotidienne et d'activités
Titre professionnel :

Dates extrêmes : de 23/09/2024

au 23/05/2025

Lieu CAEN

Identité

* Madame Monsieur

**NOM de naissance _____ **Prénom _____

**NOM marital _____

**Adresse _____

Code postal _____ **VILLE _____

Téléphone mobile _____ Téléphone fixe _____

** Courriel _____

Date de naissance _____ Lieu + N° département _____

N° sécurité sociale _____ Nationalité _____

Adresse de votre sécurité sociale _____

NOM et N° de téléphone mobile de la personne à contacter en cas d'urgence _____

* Cocher la case correspondante ** Écrire en CAPITALES

Parcours de formation

Parcours dans l'animation

- * BAFA BAFA D CQP Animateur périscolaire
- * BAPAAT, spécialité _____
- * BEES, spécialité _____
- * validation partielle, diplôme et spécialité _____
- UC validées * UC1 * UC2 * UC3 * UC4 * UC5 * UC6 * UC7 * UC8 * UC9 * UC10
- * PSC1 / AFPS Autre (préciser) _____

Parcours scolaire

- * BREVET des collèges _____
- * CAP, spécialité _____
- * BEP, spécialité _____
- * BAC, spécialité _____
- * ETUDES SUPERIEURES,
diplôme le plus élevé, spécialité _____
- * Autre diplôme, le plus élevé (préciser) _____

Situation au regard de l'emploi

- * Vous exercez actuellement une activité salariée
- * en CDD date de début du contrat _____
date de fin du contrat _____
- * en CDI
- * Votre profession : _____
- * NOM de votre structure employeuse** : _____
- Coordonnées : _____
- Représentée par** (NOM, Prénom et fonctions dans la structure) _____

Situation(s) particulière(s)

- * Vous êtes demandeur d'emploi Préciser votre identifiant Pôle Emploi : _____
- * Vous avez moins de 26 ans et vous êtes suivi par la Mission Locale de : _____
- * Vous détenez la reconnaissance de travailleur handicapé. Joindre l'avis médical à suivre la formation en alternance.
- * Vous êtes bénéficiaire du RSA Au titre de cette reconnaissance, percevez-vous l'AAH ? Oui Non
- * percevant l'allocation de base
- * bénéficiaire de l'A.R.E.

Si vous détenez les exigences préalables à l'entrée en formation, et que le nombre de candidats est supérieur au nombre de places, une convocation à des épreuves de sélection vous sera transmise, précisant les attendus et les modalités d'organisation.

Si votre candidature est ensuite retenue, une convocation au module de positionnement vous sera transmise précisant les modalités d'organisation.

* Cocher la case correspondante ** Écrire en CAPITALES

Plan de financement de la formation

* Si accord de prise en charge de la part d'un tiers (employeur, Opca, institutionnel...). Joindre une attestation signée de sa part, stipulant le montant de la prise en charge.

* Envisagez-vous d'autres pistes ? Si oui lesquelles et quelles ont été vos démarches ?

Structure de formation en milieu professionnel

* NOM :

Coordonnées :

Représentée par (NOM, Prénom et fonction dans la structure) :

Tuteur pressenti (NOM, Prénom et fonction dans la structure et diplôme) :

Pour mémoire : dans le cadre de votre alternance vous devez être accompagné par un tuteur. Ce dernier doit être titulaire d'un diplôme de niveau au moins équivalent au diplôme auquel vous vous inscrivez.

* Si vous ne possédez pas de structure d'alternance, quelles sont vos pistes de recherche ?

Autorisations

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS : les informations communiquées sont indispensables à la prise en compte de votre demande. Elles donnent lieu à l'exercice du droit à l'accès et de rectification dans les conditions prévues par la loi informatique et libertés.

J'autorise l'UFCV à utiliser mes NOMS, adresse, numéros de téléphone et courriel à d'autres fins que celui de la gestion administrative de mon dossier. OUI NON

DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'Ufcv à utiliser les photographies sur lesquelles j'apparais dans les supports d'information et de promotion des activités de l'UFCV : catalogues, journal d'information, brochures, affiches, Cd-Rom, sites officiels Ufcv et toute autre publication que l'UFCV estimera utile à sa communication. OUI NON

L'UFCV s'interdit formellement toute cession ou vente de ces données à des tiers.

Engagement

« Je certifie exacts et complets les renseignements me concernant. »

Fait à, _____ le _____

« Lu et approuvé ». Signature _____

* Cocher la case correspondante ** Écrire en CAPITALES

Détail des pièces		Cadre réservé à l'Ufcv
*○	Le présent dossier d'inscription.	○
*○	Une copie recto verso de votre carte d'identité en cours de validité	○
*○	Une copie de votre attestation CPAM	○
*○	La copie de(s) diplôme(s) et/ou brevet(s).	○
*○	Le PSC1 ou brevet de secourisme équivalent	○
*○	L'attestation de participation à la Journée d'Appel de Préparation à la Défense pour les personnes de moins de 25 ans et de nationalité française.	○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○

Une convocation vous sera transmise, à réception du dossier d'inscription complet et du plan de financement finalisé.

Renseignements et démarches

Un entretien de 20 à 30 minutes sera effectué afin de préciser votre projet professionnel.

Partie réservée à l'UFCV	
Stagiaire	Financement
N° inscription :	N° de tiers 1 :
N° stagiaire :	N° de tiers 2 :
N° de tiers :	N° de tiers 3 :
N° Jeunesse et Sport :	