

formation-professionnelle.ufcv.fr

Délégation Régionale Grand Est
Antenne de Reims

7 avenue Robert Schuman - CS
20011

51722 REIMS CEDEX

Tel : 03 26 35 80 60

Mail : formationpro-ch@ufcv.fr

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

LUNDI 6 JANVIER 2025

Entretien de motivation 13 janvier 2025

Positionnement 20 janvier 2025

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA AUTOMATIQUEMENT REJETÉ

SESSION :

Diplôme : Certificat complémentaire de direction d'un accueil collectif de mineurs

Parcours complet : du 20 janvier 2025 au 14 novembre 2025 LIEU : REIMS

Parcours partiel – renseigner les UC souhaitées :

IDENTITÉ :

Madame

Monsieur

Nom de naissance : _____ Nom marital : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone mobile : __/__/__/_/___ Téléphone fixe : __/__/__/_/___

Courriel : _____

Date de naissance : __/__/____ Lieu + N° département : _____

Nationalité : _____

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

Si vous remplissez les exigences préalables à l'entrée en formation, une convocation à un entretien de motivation vous sera transmise, précisant les attendus et les modalités d'organisation.

Si votre candidature est retenue, une convocation à l'entrée en formation vous sera transmise

PARCOURS DE FORMATION :

PARCOURS DANS L'ANIMATION

- BAFA BAFD CQP Animateur périscolaire
 BAPAAT, spécialité _____ CPJEPS, mention _____
 BEATEP ou BEES spécialité BPJEPS, mention _____
 DEJEPS, mention _____ DESJEPS, mention _____
 Validation partielle, diplôme et spécialité :
UC validées : UC1 UC2 UC3 UC4 UC5 UC6 UC7 UC8 UC9 UC10

TITRE ET DIPLOME DE SECOURISME

- PSC1 / AFPS AUTRE (préciser) : _____

PARCOURS SCOLAIRE

- BREVET des collèges CAP, spécialité _____
 BEP, spécialité _____ BAC, spécialité _____
 Études supérieures, diplôme le plus élevé, spécialité

 Autre diplôme, le plus élevé (préciser) : _____

SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI :

- Vous exercez actuellement en CDD Date du début de contrat :
une activité salariée en CDI ___/___/___
 en contrat Date de fin de contrat :
d'apprentissage ___/___/___

Votre profession : _____ Nom de votre structure employeuse : _____

Coordonnées : _____

Représentée par (NOM, Prénom et fonction) : _____

SITUATION(S) PARTICULIERE(S) :

- Vous êtes demandeur d'emploi Percevant l'allocation de Bénéficiaire de l'A.R.E.
base

Préciser la date de votre dernière inscription à Votre n° d'identification Pôle emploi :

Pôle Emploi : ___/___/___ _____

- Vous avez moins de 26 et vous êtes suivi par la Mission Locale de : _____

- Vous détenez la reconnaissance de travailleur Au titre de cette reconnaissance, percevez-
handicapé vous l'A.A.H. : OUI NON

Joindre l'avis médical à suivre la formation en alternance

- Vous êtes bénéficiaire du RSA

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 de la structure : _____

Coordonnées : _____

Représentée par (NOM, Prénom et fonction) : _____

Tuteur pressenti (NOM, Prénom, fonction et diplômes) : _____

Pour mémoire : dans le cadre de votre alternance vous devez être accompagné par un tuteur. Ce dernier doit soit posséder une grande expérience dans le domaine professionnel du diplôme, soit être titulaire d'un diplôme de niveau au moins équivalent au diplôme auquel vous vous inscrivez.

AUTORISATIONS :

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS : les informations communiquées sont indispensables à la prise en charge de votre demande. Elles donnent lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification dans les conditions prévues par la loi Informatique et Libertés, ainsi que de celui d'en demander l'effacement, de vous opposer à leur traitement, et d'en obtenir la limitation ou la portabilité dans la mesure où cela est applicable. Toute demande doit être adressée à la Direction de la Communication de l'UFCV 140 avenue Jean Lolive Bâtiment C3-Lavoisier 93500 Pantin et/ou communication@ufcv.fr. Notre politique en matière de confidentialité est décrite dans la rubrique « Politique de confidentialité » sur notre site formation-professionnelle.ufcv.fr

J'autorise l'UFCV à utiliser mes NOMS, adresse, numéros de téléphone et courriel à d'autres fins que celles 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 DONNEES A DES TIERS.

ENGAGEMENT :

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

Fait à _____, le ___/___/_____

« Lu et approuvé »

Signature :

L'acceptation du présent vaut acceptation par le stagiaire :

- des Conditions générales de vente de l'UFCV pour son activité de formation professionnelle
- de la Charte des usages numériques à destination des bénéficiaires des actions de l'UFCV.

Documents consultables et téléchargeables depuis notre site : formation-professionnelle.ufcv.fr

DÉTAILS DES PIÈCES À FOURNIR		CADRE RÉSERVÉ À L'UFCV
<input type="checkbox"/>	Le présent dossier de candidature complété	
<input type="checkbox"/>	Photo d'identité récente (cadre réservé)	
<input type="checkbox"/>	Copie recto / verso de votre pièce d'identité en cours de validité	
<input type="checkbox"/>	CV actualisé	
<input type="checkbox"/>	Lettre de motivation d'entrée en formation	
<input type="checkbox"/>	Justificatif du BPJEPS dont je suis titulaire Ou si je suis en cours de formation BPJEPS (attestation d'entrée en formation)	
<input type="checkbox"/>	Justificatif d'expérience en encadrement de mineurs (28 jours dont au moins une période en ACM) au cours des 5 dernières années	
<input type="checkbox"/>	Copie du diplôme de secourisme en cours de validité : - PSC1 ou AFPS - PSE 1 ou PSE 2 (à jour) - AFGSU de niveau 1 ou 2 (à jour) - Certificat SST (à jour)	
<input type="checkbox"/>	Justificatif(s) de votre plan de financement.	
<input type="checkbox"/>	Attestation de participation à la Journée A.P.D. (personne de moins de 25 ans, de nationalité française)	
<input type="checkbox"/>	Personnes en situation de handicap : avis du médecin agréé FFH	
<input type="checkbox"/>	Copie du contrat d'apprentissage (le cas échéant)	
Renseignements et démarches		
PARTIE RESERVEE A L'UFCV :		
Stagiaire		Financement
N° inscription :		N° de tiers 1 :
N° stagiaire :		N° de tiers 2 :
N° de tiers :		N° de tiers 3 :
N° JSCS :		