



DOSSIER D'INSCRIPTION

formation-professionnelle.ufcv.fr

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

Tout dossier incomplet sera automatiquement rejeté

*** Cocher la case correspondante ** Écrire en CAPITALES**

Session

Diplôme ou
Titre professionnel :

Dates extrêmes : du _____ au _____ Lieu _____

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

Parcours de formation

Parcours dans l'animation

* ☐ BAFA	* ☐ BAFD	* ☐ CQP Animateur périscolaire
* ☐ BAPAAT, spécialité	_____	* ☐ BEATEP, spécialité
* ☐ BEES, spécialité	_____	* ☐ BPJEPS, 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	* ☐ percevant l'allocation de base	* ☐ bénéficiaire de l'A.R.E.
Préciser la date de votre dernière inscription à Pôle Emploi : _____		
* ☐ Vous avez moins de 26 ans et vous êtes suivi par la Mission Locale de : _____		
* ☐ Vous êtes bénéficiaire du RSA	* ☐ Vous détenez la reconnaissance de travailleur handicapé.	
	Joindre l'avis médical à suivre la formation en alternance.	
	Au titre de cette reconnaissance, percevez-vous l'AAH ? ☐ Oui ☐ Non	

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 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.

* ☐ 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
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○

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

Renseignements et démarches



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° JSCS :	

Dossier : Rémunération Région

Action (nom de la formation) :

Début de rémunération :

Début de formation :

Fin de formation :

Durée hebdomadaire :

Etat civil

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom usuel :

Nom de jeune Fille :

Prénom :

Date de naissance :

Ville de naissance :

Dpt de naissance :

Nationalité :

N° sécurité sociale :

Email :

Vérification email :

N° de téléphone :

Adresse pendant le stage

N° :

Voie (rue, avenue, place...):

Complément :

Code postal :

Ville :

Distance domicile / Centre de formation :

Km

Situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Union libre ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) Divorcé(e)

Enfant : ☐ Oui ☐ Non

Nombre d'enfant(s) :

Sortie de formation initiale :

Quand êtes-vous sortit du système scolaire ?

☐ + 6 mois ☐ - 6 mois

> Est demandeur d'emploi

Renseignement concernant le niveau de formation

Dernière classe suivie :

Diplôme le plus élevé obtenu :

Bénéficiaire du RSA : ☐ Oui **(1)** ☐ Non

Si oui : ☐ Allocataire ☐ Ayant droit

Bénéficiaire de l'API : ☐ Oui ☐ Non

Inscription au Pôle Emploi : ☐ Oui **(2)** ☐ Non

Si oui, depuis :

☐ - 6 mois ☐ 6 à 11 mois ☐ 12 à 23 mois ☐ +24mois

Garantie Jeune : ☐ Oui ☐ Non

Bénéficiaire de l'ASS : ☐ Oui **(3)** ☐ Non

Situation ARE

☐ N'a pas fait de demande d'indemnisation auprès de l'ARE

☐ A un dossier de demande d'indemnisation auprès de l'ARE

☐ N'est plus indemnisé depuis le

☐ N'est pas indemnisé

Situation antérieure (4)

☐ N'a jamais exercé d'activité salariée

☐ A exercé une activité salariée pendant une période inférieure à 6 mois

☐ A exercé une activité salariée pendant 6 mois ou 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois ou 1820 heures au cours d'une période de 24 mois

☐ Effectue un stage d'une durée supérieure à un an et a exercé une activité professionnelle durant trois ans ou plus

☐ Est ancien agent du secteur public et a exercé une activité salariée pendant 6 mois ou 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou 1820 heures au cours d'une période de 24 mois

> Appartient à l'une des catégories ci-dessous :

☐ **Oui (5)** ☐ **Non**

Si oui :

- ☐ Mère ou père de famille ayant eu 3 enfants
- ☐ Personne veuve, divorcée, séparée judiciairement depuis moins de 3 ans
- ☐ Célibataire assumant seul la garde d'un enfant
- ☐ Femme seule enceinte

> Est travailleur non salarié :

☐ **Oui (6)** ☐ **Non**

Si oui :

- ☐ Agriculteur ☐ Artisan ☐ Commerçant ☐ Profession libérale ☐ Marin-pêcheur
- ☐ Autre

> Est travailleur handicapé :

☐ **Oui (4)(7)** ☐ **Non**

Si oui: ☐ Percevra durant le stage des indemnités journalières pour maladies par la CPAM

☐ Ne percevra pas d'indemnités journalières durant le stage

Activité professionnelle :

☐ Demandeur d'emploi ayant exercé une activité salariée pendant une durée inférieure à 6 mois ou n'a jamais exercé d'activité salariée

☐ Demandeur d'emploi ayant exercé une activité salariée pendant 6 mois ou 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou 1820 heures au cours d'une période de 24 mois

☐ Victime d'un accident du travail (autre qu'un accident de trajet), ou d'une maladie professionnelle et dont le contrat de travail est suspendu

Bénéficie de l'aide aux agriculteurs en difficultés.

☐ **Oui (8)** ☐ **Non**

Autre cas.

☐ **Oui** ☐ **Non**

Si oui, précisez:

Régime de protection sociale

☐ Affilié(e) au régime général de la sécurité sociale (si oui quel est votre centre ?) :

Centre : URSSAF ☐ LORRAINE ☐ ALSACE ☐ CHAMPAGNE-ARDENNE

☐ Affilié(e) au régime d'assurance maladie des exploitants agricoles

☐ Affilié(e) au régime des salariés agricoles

☐ Affilié(e) à un autre régime de sécurité sociale

☐ Perçoit une rente d'accident de travail ou une pension d'invalidité aux deux tiers

Vous devez impérativement nous fournir les pièces nécessaires à la complétude du dossier afin de pouvoir valider le dossier.

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A TOUS DOSSIERS

Copie de la carte nationale d'identité en cours de validité. Pour les mineurs non émancipés : autorisation parentale

Attestation VITALE ou attestation de droit

Relevé d'identité du compte au nom du stagiaire

DOCUMENTS OBLIGATOIRES EN FONCTION DES SITUATIONS

(1) Justificatif RSA

(2) Attestation Pôle Emploi et notification ARE datant de moins de deux mois

(3) Justificatif ASS

(4) Certificat de travail, bulletins de salaire

(5) Copie du carnet de maternité, Copie du livret de famille, ordonnance de séparation, jugement de divorce, attestation de la caisse d'allocations familiales.

(6) Justificatif d'activité professionnelle non salarié durant 12 mois dont 6 consécutifs dans les 3 ans qui précèdent l'entrée en stage

(7) Décision de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

(8) Attestation de décision du CNASEA