DOSSIER DE CANDIDATURE

formation-professionnelle.ufcv.fr

13 Porte du Miroir
68100 MULHOUSE
03 88 15 52 17

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

12 Septembre 2024

Tout dossier incomplet sera automatiquement rejeté

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

Session

Diplôme ou Titre professionnel : CPJEPS Animateur d'activités et de vie quotidienne

Dates extrêmes : du 21/10/2024 Au 23/05/2025 Lieu UFCV MULHOUSE

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 *☐ 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 et votre **N° Allocataire** _____

* ☐ 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

Si vous détenez les exigences préalables à l'entrée en formation, une convocation aux épreuves de sélection vous sera transmise, précisant les attendus et les modalités d'organisation.

Si votre candidature est 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

☐ Si vous êtes salarié, merci de renseigner les coordonnées de votre employeur

*☐ 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
*❍	Le présent dossier d'inscription.	❍
*❍	Une copie recto de votre carte d'identité.	❍
*❍	Une copie recto de votre carte vitale.	❍
*❍	Le(s) justificatif(s) d'expérience dans l'animation ou la technique (attestations ou certificats de travail)	❍
*❍	Le(s) justificatif(s) de votre plan de financement.	❍
*❍	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.	❍
*❍	La copie de(s) diplôme(s) et/ou brevet(s).	❍
*❍	La copie de l'une des attestations de formation relative au secourisme suivante : - « PSC1 » ou « AFPS » ; - « PSE1 » ou « PSE2 » en cours de validité ; - « AFGSU » de niveau 1 ou 2 en cours de validité ; - Certificat « STT » en cours de validité.	❍
*❍	Une photo d'identité	❍
*❍	Un Curriculum Vitaé (CV)	❍
*❍		❍
*❍		❍
*❍		❍

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

Renseignements et démarches

UFCV Grand Est
13 Porte du Miroir
68100 MULHOUSE
Tél. 03 88 15 52 35
Mail : formationpro-al@ufcv.fr
www.formation-professionnelle.ufcv.fr

Candidature Apprentissage (- de 30 ans ou T.H.)
Vous devez vous préinscrire sur le site :
https://formas67.ymag.cloud/index.php/preinscription/
Tél. : 03 88 28 00 05 / Mail : contact@form-as.fr

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 :	