



DOSSIER D'INSCRIPTION
à la sélection pour l'entrée en formation
Aide Médico Psychologique (DEAMP)

rentrée en septembre 2012

date limite de dépôt du dossier : 27 mars 2012

Réunion d'information : samedi 4 février 2012 à 9h30 / samedi 24 mars 2012 à 9h30

Documents à Fournir avec le Dossier d'Inscription :

- ✓ 2 photos d'identité
- ✓ Photocopie carte d'identité recto/verso
- ✓ Curriculum Vitae détaillé et à jour
- ✓ 1 lettre motivant le projet de formation
- ✓ Photocopie de tous les diplômes et tous les documents justifiant une dispense de l'épreuve écrite d'admissibilité.
- ✓ Relevé de notes DRJSCS (ex DRASS) ou copie des résultats VAE délivrés par la DRJSCS pour les candidats devant suivre un parcours partiel
- ✓ 2 enveloppes petit format timbré à 0,60 € à votre nom et adresse
- ✓ **un chèque à l'ordre du CFP d'un montant de :**
 - 35 €uros** correspondant aux frais d'inscription à l'**épreuve d'admissibilité** (épreuve écrite de sélection)
 - OU 25 €uros** correspondant aux frais d'inscription à l'**épreuve d'admission** (épreuve orale de sélection) pour les candidats dispensés de l'épreuve écrite (voir liste page suivante)

Identité

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et Lieu de naissance : Age :

Nationalité :

Adresse* :

.....

Code Postal : Ville :

** attention sauf indication contraire, la convocation aux épreuves sera envoyée à cette adresse.*

Tél : Portable : Tél fixe :

e-mail :

reconnaissance travailleur handicapé



R E G I O N



AQUITAINE

Diplômes, formation et parcours professionnel

Diplômes dispensant de l'épreuve écrite d'admissibilité (à cocher) :

| Diplôme | Si obtenu indiquez l'Année d'obtention |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DEAVS | |
| <input type="checkbox"/> DP d'Aide Soignant | |
| <input type="checkbox"/> DP d'auxiliaire de puériculture | |
| <input type="checkbox"/> BEP Carrières Sanitaires et Sociales | |
| <input type="checkbox"/> BEPA option Services aux Personnes | |
| <input type="checkbox"/> BAPAAT | |
| <input type="checkbox"/> CAP Petite Enfance | |
| <input type="checkbox"/> CAPA Services en Milieu Rural | |
| <input type="checkbox"/> DE d'assistant Familial | |
| <input type="checkbox"/> Titre assistant de vie | |

Autres diplômes obtenus et années d'obtention :

.....

.....

.....

Emplois occupés (du plus ancien au plus récent) :

| Poste | Année | Etablissement |
|-------|-------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Situation actuelle : Salarié Autre Contrat

Nom et adresse de votre employeur actuel :

sans emploi, demandeur d'emploi ou autre situation (précisez) :

.....

Votre situation à l'entrée en formation :

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

en emploi , les coûts de la formation seront pris en charge :

- au titre du Plan de Formation de l'entreprise
- dans le cadre d'un Contrat de professionnalisation
- Autre (précisez)

en Congé individuel de formation

Demandeur d'emploi avec financement aidé

EMPLOYEUR :

Si vous êtes salarié et si votre employeur est d'accord pour que vous suiviez cette formation sur votre temps de travail, merci de faire compléter les informations ci-dessous par votre employeur.

1) Structure /établissement employeur :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

e-mail :

Nom du responsable de la structure :

OPCA de la structure :

2) Situation professionnelle :

Poste occupé :

Statut : (cocher la mention utile) :

Contrat à Durée Indéterminée (CDI) – Date d'embauche:.....

Contrat à Durée Déterminée (CDD) ou intérim du/...../...../ au/...../.....

Contrat aidé (CIE, CI-RMA, CAE, Contrat de professionnalisation)

Autre (préciser):.....

3) Signature de l'employeur :

Nom et Prénom du Signataire:.....

Fonction:.....

Fait à.....le.....

(Cachet de l'établissement et signature)

SIGNATURE DU CANDIDAT

Je soussigné(e), M.....atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis concernant ma situation personnelle et professionnelle, reconnais avoir pris connaissance des conditions d'accès à la formation et les accepte, et confirme ma candidature à l'épreuve de sélection pour la formation d'Aide Médico-Psychologique.

Fait à le

Signature du candidat

**DOSSIER D'INSCRIPTION A NOUS RETOURNER A L'ADRESSE
CI-DESSOUS DANS LES DELAIS IMPARTIS :**

CFP Champcevinel,
Jarijoux 24 750 CHAMPCEVINEL

Tél : 05 53 45 40 70

Fax : 05 53 45 40 72

www.cfpchampcevinel.fr