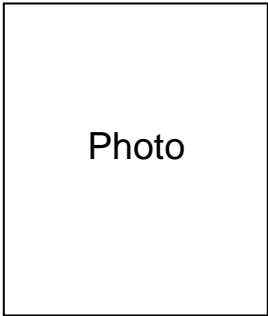




DOSSIER D'INSCRIPTION
MAÎTRE D'APPRENTISSAGE
TUTEUR DE PROXIMITE
TUTEUR REFERENT
2017/2018



A. La formation

Lieu de la formation et adresse de retour du dossier

ARIFTS Site Nantais
Service FQ (Formations Qualifiantes) - 10 rue Marion Cahour - 44400 REZE

Informations administratives

Centre de formation enregistré sous le n° 52 49 02 547 49 auprès du préfet de région des pays de la Loire - Association de loi 1901 – Siret : 509 618 500 00086 – APE 8542 Z

Contacts

- + Responsable du service FQ et Responsable pédagogique : **Jacqueline AUDOIN**
Tel : 02 40 75 92 72 - Email : j.audoin@arifts.fr
- + Assistante formation : **Corinne LECONTE**
Tél : 02 40 75 69.94. - Email : c.leconte@arifts.fr

Choix de la formation

- Tuteur référent (Totalité 120h – 1410€ ou inscription modulaire, à réaliser dans l'ordre)
OU
- Module 1 – Tuteur de proximité « les bases » (40 heures sur 6 jours – 470€)
- Module 2 – Tuteur de proximité « approfondissement » (40 heures sur 6 jours – 470€)
- Module 3 – Tuteur référent (40 heures sur 6 jours – 470€)

- Maître d'apprentissage (80 heures – 40h à l'ARIFTS – « Tuteur de proximité : les bases » + 40 h au CFA Adamsse)

B. Le (la) stagiaire

Situation personnelle

- Madame Monsieur

Nom : Prénom :
Nom de naissance (si différent) :
Adresse personnelle :
Code postal : Ville :
Tél fixe : Portable :
E-mail :

Date de naissance :/...../..... N° de sécurité sociale :
 Lieu de naissance :Département :
 Personne à contacter en cas d'urgence..... Tél :

Situation professionnelle actuelle

Poste occupé : Depuis :
 Nom de l'étudiant (*obligation de suivi de stagiaire/apprenti pendant le temps de formation*)
 Nom de l'étudiant : Formation :

Coordonnées de l'employeur

| Adresse lieu de travail | Adresse de l'employeur figurant sur les conventions (Si différente) |
|---|---|
| Structure : Adresse : Code Postal : Ville..... Contact (nom et service) Téléphone : Fax : E-mail : Adresse de facturation Oui / Non | Structure : Adresse : Code Postal : Ville..... Contact (nom et service) Téléphone : Fax : E-mail : Adresse de facturation Oui / Non |

Date + signature / cachet employeur :

Expérience professionnelle

| Années | Poste occupé et/ou type d'expérience | Durée |
|--------|--------------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Formations

| Années | Formation | Diplômes obtenus/Attestation | Niveau |
|--------|-----------|------------------------------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Financement de la formation

| |
|--|
| Financement de la formation* |
| <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> OPCA |
| <input type="checkbox"/> UNIFAF |
| <input type="checkbox"/> UNIFORMATION |
| <input type="checkbox"/> Autres (Préciser)..... |
| <input type="checkbox"/> CIF |
| <input type="checkbox"/> AGEFIPH |
| <input type="checkbox"/> Autres |
| (Préciser)..... |
| |
| Règlement sur factures en décembre et en fin de formation |

*Cocher la case correspondante

Pièces à joindre au dossier

Votre bulletin d'inscription sera recevable s'il est complété et accompagné des pièces suivantes :

- Photocopie d'une pièce d'identité
- Un curriculum vitae
- 1 photo d'identité
- Photocopies des diplômes

Je déclare sur l'honneur que tous les renseignements mentionnés sont exacts et je reconnais que toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de mon admission.

Fait à :

Le :

Signature du (de la) candidat(e) à la formation