



Surveillant(e) de nuit qualifié(e) / Maître(sse) de maison

DOSSIER DE CANDIDATURE 2018-2019

Choix de la formation	<input type="checkbox"/> Maître(sse) de maison <input type="checkbox"/> Surveillant(e) de nuit qualifié(e) <input type="checkbox"/> Maître(sse) de maison + Surveillant(e) de nuit qualifié(e)	
IDENTITE		
CIVILITE	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
NOM	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Prénom	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Date de Naissance	Cliquez ici pour entrer une date.	
Lieu et département de naissance	<input style="width: 80%;" type="text"/>	n° département <input style="width: 10%;" type="text"/>
Numéro de Sécurité Sociale	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Adresse	N° <input style="width: 10%;" type="text"/>	voie <input style="width: 80%;" type="text"/>
Code Postal et Ville	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Téléphone fixe :	<input style="width: 30%;" type="text"/>	Téléphonie mobile : <input style="width: 30%;" type="text"/>
Courriel :	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Personne à contacter en cas d'urgence :	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Tél : <input style="width: 20%;" type="text"/>
SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE		
<u>Si vous êtes en emploi :</u>		
Date entrée :	<input style="width: 20%;" type="text"/>	Type de contrat : <input style="width: 20%;" type="text"/> Autres (préciser) : <input style="width: 20%;" type="text"/>
Poste occupé :	<input style="width: 50%;" type="text"/>	depuis : <input style="width: 20%;" type="text"/>
Nom du référent professionnel* :	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Fonction :	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
* Les employeurs sont invités à désigner un professionnel référent pour accompagner le stagiaire – extrait du cahier des charges de labellisation de 2014		
<u>Coordonnées de l'employeur</u>		
Adresse de l'employeur figurant sur les conventions (si différente)	Adresse lieu de travail	
Structure : <input style="width: 100%;" type="text"/>	Structure : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Statut : <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé non lucratif <input type="checkbox"/> Privé lucratif	Adresse : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Adresse : <input style="width: 100%;" type="text"/>	Code Postal : <input style="width: 20%;" type="text"/>	
Code Postal : <input style="width: 20%;" type="text"/>	Ville : <input style="width: 80%;" type="text"/>	
Ville : <input style="width: 80%;" type="text"/>	Contact (nom et service) : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Contact (nom et service) : <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Tél : <input style="width: 30%;" type="text"/>	Tél : <input style="width: 30%;" type="text"/>	
Fax : <input style="width: 30%;" type="text"/>	Fax : <input style="width: 30%;" type="text"/>	
Mail : <input style="width: 30%;" type="text"/>	Mail : <input style="width: 30%;" type="text"/>	
Adresse de facturation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Adresse de facturation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<u>Si vous êtes demandeur d'emploi</u>		
- Une expérience de 2 semaines dans la qualification est demandée ;		
- En cas d'absence d'expérience, un stage type EMT de 2 semaines est requis		

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Années	Poste occupé et/ou type d'expérience	Durée
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FORMATIONS

Années	Formations	Diplômes obtenus/Attestation	Niveau
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FORMATION OUVRANT DROIT AUX DISPENSES

Années	Formation*
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Formation Maître(sse) de maison
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Formation Surveillant(e) de nuit qualifié(e)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> HACCP
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PSC1 ou SST
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> EPI
<input type="text"/>	Autres formations à préciser : <input type="text"/> <input type="text"/>

* cocher la case des formations déjà suivies

Pièces à joindre au dossier :

+ 100 € pour l'étude de dossier en cas de demande d'allègements de formation par le candidat ou l'employeur (hors dispenses).

FINANCEMENT DE LA FORMATION		
Financement de la formation*	Montant du financement d'une formation (SN ou MM soit 203 heures)	Montant du financement de deux formations (SN + MM soit 244 heures)
<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> OPCA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> UNINAF <input type="checkbox"/> UNIFORMATION <input type="checkbox"/> Autres (Préciser) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> AGEFIPH <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> CPF (Compte personnel de formation) <input type="checkbox"/> Autres (Préciser) <input type="text"/>	<p style="text-align: right;">Total : 2760,80 €</p>	<p style="text-align: right;">Total : 3248,70 €</p>
Date : Cliquez ici pour entrer une date.	Signature du candidat :	<input type="text"/>
Date : Cliquez ici pour entrer une date.	Signature employeur :	<input type="text"/>

Lieu de formation et adresse de retour du dossier

ARIFTS Site Nantais
 Service 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* : Jacqueline AUDOIN
 Email : j.audoin@arifts.fr
- ❖ *Secrétariat* : Chloé ANGELVY
 Tel : 02 40 84 34 55 – Email : fq-sn-mm@arifts.fr