

**Formation  
Accompagnant Éducatif Petite Enfance  
en contrat d'apprentissage  
DOSSIER DE CANDIDATURE 202 \_ - 202 \_**

**IDENTITE**

|   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| <b>CIVILITE</b>                               | Madame <input type="checkbox"/>  | Monsieur <input type="checkbox"/>   |
| <b>NOM</b> (si différent du nom de naissance) | <input type="text"/>   |                                     |
| <b>NOM de jeune fille</b>                     | <input type="text"/>   |                                     |
| <b>Prénoms</b>                                | <input type="text"/>   |                                     |
| <b>Date de Naissance</b>                      | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                |
| <b>Ville de naissance</b>                     | <input type="text"/>   | n° département <input type="text"/> |
| <b>Pays de Naissance</b>                      | <input type="text"/>   | - nationalité <input type="text"/>  |
| <b>Numéro de Sécurité Sociale</b>             | <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"/> |                                     |
| <b>Situation Familiale</b>                    | Célibataire <input type="checkbox"/> - Vie Maritale <input type="checkbox"/> - Marié(e) <input type="checkbox"/>   |                                     |

**COORDONNEES PERSONNELLES**

|                               |   |   |
|-------------------------------|---|---|
| <b>ADRESSE</b>                | N° <input type="text"/>   | nom de la voie <input type="text"/>                   |
| <b>Complément adresse 1</b>   | <input type="text"/>  |   |
| <b>Code Postal et Ville</b>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                                  |
| <b>Téléphone fixe perso :</b> | <input type="text"/>  | <b>Téléphonie mobile perso :</b> <input type="text"/> |
| <b>Email principal :</b>      | <input type="text"/>  |   |
| <b>Situation actuelle</b>     | Salarié(e) <input type="checkbox"/> - demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> - autre (précisez) <input type="text"/> |   |

**Numéro Identifiant National** (ce numéro composé de 10 chiffres et une lettre figure sur les certificats de sorties scolaires ou sur les relevés de note des diplômes de l'enseignement secondaire)

-  10 chiffres et 1 lettre ou 98 chiffres et 2 lettres

**INSCRIPTION**

Je désire m'inscrire à la Formation **en contrat d'apprentissage** du CAP Accompagnant Educatif Petite Enfance

**Nature des enseignements :**  CAP AEPE « Enseignements Professionnels »  CAP AEPE « Enseignements Généraux »  
*si pas de diplôme*

Diplôme en cours de validation : CAP/BEP : .....  
BAC : .....



**2<sup>ème</sup> choix - si je ne trouve pas d'employeur et que j'ai 18 ans à la rentrée** : je suis intéressé(e) pour intégrer la « Formation Professionnelle » formation AEPE **payante**  
(nous recontacter en juin par téléphone)

## RECRUTEMENT EMPLOYEUR

**À ne remplir que SI** vous êtes en contact avec un employeur intéressé par votre candidature – pour un recrutement en contrat d'apprentissage – veuillez indiquer ses coordonnées :

|                            |                      |                                |
|----------------------------|----------------------|--------------------------------|
| Nom de l'établissement     | <input type="text"/> |                                |
| Nom de votre interlocuteur | <input type="text"/> | Téléphone <input type="text"/> |
| Adresse                    | <input type="text"/> |                                |
| Code Postal et Ville       | <input type="text"/> | <input type="text"/>           |
| N° SIRET ET Code NAF       | SIRET _ _ _ _ _      | NAF : _ _ _ _ _                |

## CURSUS ET EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

CAP / BEP  
série  - date d'obtention    établissement :

BAC  
série  - date d'obtention    établissement :

Autre diplôme  
série  - date d'obtention    établissement :

Premiers Secours / PSC1 - date d'obtention

**Etes-vous reconnu travailleur handicapé ?** OUI  NON  (fournir la reconnaissance « travailleur handicapé »)

Avez-vous une pathologie qui peut vous faire bénéficier d'un aménagement lors de l'examen ? OUI  NON

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

|                      |                         |  |
|----------------------|-------------------------|--|
| NOM et prénom        | <input type="text"/>    |  |
| ADRESSE              | N° <input type="text"/> | nom de la rue <input type="text"/>       |
| Complément d'adresse | <input type="text"/>    |  |
| Code Postal et Ville | <input type="text"/>    | <input type="text"/>                     |
| Téléphone fixe :     | <input type="text"/>    | Téléphonie mobile : <input type="text"/> |
| Email :              | <input type="text"/>    |  |

**Comment avez-vous connu l'ARIFTS ?**

### Liste des pièces à fournir avec ce dossier complété, daté et signé

1. Une **LETTRÉ DE MOTIVATION** argumentant votre projet de vouloir participer à l'accueil et à l'éducation des jeunes enfants.
2. Un **CURRICULUM VITAE**
3. La copie de votre **reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) si vous en êtes titulaire**
4. La copie des **DIPLÔMES** – CAP – BEP - BAC

**– aucune des pièces ne doit être agrafée ou collée –**

**Dossier d'inscription COMPLET à retourner impérativement à :**

Association Régionale pour l'Institut de Formation en Travail Social  
10, rue Marion Cahour – 44400 REZE  
Tel : 02 40 84 29 84 mail : c.fourny@arifts.fr