

### Règlement d'admission 2024-2026

## Formation « SUPERVISER ET ANALYSER LES PRATIQUES DANS LE SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL »

Nombre de places disponibles :

- Parcours complet - septembre 2024 à mai 2026 – 240 heures : **33 places**
- Parcours avec allègement du Module 1 – septembre 2024 à mai 2025 : **22 places**

### Candidature

Le dépôt d'un dossier de candidature à l'ARIFTS comprend la soumission d'un dossier dûment complété, accompagné des pièces justificatives requises (cf page 8). La période de candidature est fixée par l'établissement de formation et rendue publique. Pour les deux parcours de formation cités dans le présent dossier, la période de candidature est du **19 février au 7 mai 2024**, minuit. Aucun dossier ne sera pris en compte en dehors de cette période.

Tout dossier incomplet à la date de clôture des candidatures entraîne l'annulation de la demande. En cas de force majeure [1], la décision de prise en compte relève du directeur général de l'ARIFTS ou de son représentant. Toute fraude ou tentative de fraude entraînera l'élimination du candidat.

**Mise à Jour 08/05/24 : En cas de places encore disponibles à l'issue de la période de candidature, les demandes pourront être étudiées au cas par cas. Dans ce cas, le calendrier de la procédure d'admission (p2 de ce document) n'est pas applicable.**

### Etape 1 : RECEVABILITE (vérification des prérequis)

L'accès à la formation est placé sous la responsabilité du Directeur de l'ARIFTS ou de son représentant, et permet de s'assurer que les candidats répondent aux critères suivants :

- Expérience professionnelle dans le champ du social ou du médicosocial d'au moins 5 ans
- Et diplôme de niveau 4 minimum dans le travail social ou équivalent et formations complémentaires
- Et expérience personnelle d'analyse de pratiques, de supervision, de coaching souhaitable

L'ArifTS informe le candidat, par courrier motivé, dans un délai de 15 jours à compter de la clôture des inscriptions, de la recevabilité/irrecevabilité du dossier au regard des conditions requises d'accès à la formation.

En cas de recevabilité, le candidat est contacté pour fixer la date de son entretien de positionnement.

### Etape 2 : POSITIONNEMENT et SELECTION qui permet de vérifier l'adéquation du projet avec la proposition de formation, la motivation et les conditions de faisabilité de la formation pour le candidat.

#### Entretien de Positionnement

Il permet d'apprécier les aptitudes, motivations, ainsi que la cohérence du projet de formation avec le projet professionnel du candidat. Il se déroulera en visio.

Il s'agit notamment de :

- Revoir le parcours professionnel, expérientiel et de formation du candidat.
- Évaluer l'adéquation entre le projet professionnel, le projet de formation, et le projet personnel en interrogeant la pertinence de la formation.
- Identifier les aspirations à l'évolution et les potentialités d'apprentissage, en termes d'ouverture, d'aptitude au changement, et d'inscription dans une démarche de formation dynamique.

### Commission d'admission

La commission se réunit sous la responsabilité du Directeur ou son représentant et établit la liste des candidats admis en liste principale et liste complémentaire le cas échéant. La liste principale est déterminée en fonction du nombre de

places ouvertes à l'admission (indiqué en page 1 du présent document) et du respect des conditions énoncées dans ce règlement.

La liste complémentaire vise à pallier les désistements des candidats classés sur la liste principale jusqu'à la veille de l'entrée en formation (sous réserve d'un financement validé). Passé ce délai, la liste complémentaire n'est plus valide.

L'Arifts transmet à chaque candidat l'avis de commission, dans un délai de 15 jours à l'issue de celle-ci.

### **Calendrier de la procédure d'admission suite à la prolongation de la période de candidature**

- Période de candidature : 19 février au 7 mai 2024
- Information au candidat de la recevabilité de son dossier : au plus tard le 17 mai 2024
- Entretien de positionnement : 12 mars au 29 mai 2024
- Commission d'admission : Jeudi 30 mai 2024
- Envoi au candidat de la réponse définitive de la commission d'admission : au plus tard 15 juin 2024
- Signature des conventions/contrats de formation, et déblocage CPF : entre le 15 juin et le 10 juillet 2024

[1] Un cas de force majeure est défini comme tout événement extérieur aux parties, imprévisible et irrésistible.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre formation et vous encourageons à vous assurer que votre dossier répond aux critères de présélection. En cas de questions, n'hésitez pas à nous contacter.

*Le 8 mai 2024*

# DOSSIER DE CANDIDATURE

## Parcours de formation SUPERVISER ET ANALYSER LES PRATIQUES DANS LE SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

<b>Vos interlocuteurs ARIFTS Site Rezé :</b> Responsable de Formation : Corinne GUYOMAR DIT LEDAN Coordinateur : Luc ESNEAULT - Assistante : Céline POIRIER 02 40 75 80 08 – intervenant-adp@arifts.fr	<b>Lieu de formation :</b> ARIFTS Site Rezé 10 rue Marion Cahour - 44400 REZÉ
---	---

- Parcours de formation complet du 16 septembre 2024 au 29 mai 2026  
 - 240h + 60h mise en situation professionnelle - (33 places) – 4860€ + 150€ frais d'admission
- Parcours de formation avec dispense du Module 1 du 18 septembre 2024 au 28 mai 2025  
 - 107h + 60h mise en situation professionnelle - (22 places) - 2343€ + 150€ frais d'admission

Quel que soit le parcours choisi ci-dessus, merci d'indiquer votre préférence d'orientation (sous réserve d'un nombre suffisant de places) :

- Orientation Systémique ou  Orientation Clinique psychanalytique ou  sans préférence

### IDENTITE

Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> Monsieur		
NOM de naissance			
NOM d'usage			
Prénom.s			
Date de naissance			
Ville de naissance		Département de naissance	
N° sécurité sociale			
Adresse			
Complément d'adresse			
Code postal		Ville	
Téléphone portable			
Email			
Personne à contacter en cas d'urgence			
Téléphone			

### SITUATION DE HANDICAP Oui Non

Si oui,	
Reconnaissance RQTH acquise :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dossier MDPH en cours de reconnaissance :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Limitation ou déficience susceptible de nécessiter l'engagement d'une demande :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bénéficiaire d'un aménagement scolaire dans les cursus antérieurs :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Ces informations permettront de recenser les personnes susceptibles d'être accompagnées dans des demandes et/ou aménagements dès le début de la formation.</i>	

### DIPLÔME.S ET QUALIFICATION.S

Année	Diplôme	Indiquez si obtenu ou niveau atteint	Nom de l'établissement

Cf. liste des pièces à joindre

### SITUATION.S PROFESSIONNELLE.S EN LIEN AVEC LA FORMATION

Période et durée	Structure	Poste occupé/statut (salarié, stagiaire, auto-entrepreneur)	Missions

Cf. liste des pièces à joindre

## EXPERIENCE.S PROFESSIONNELLE.S D'ANIMATION DE GROUPES D'ANALYSE DE PRATIQUES OU DE SUPERVISION D'EQUIPE

Date/Durée	Type structure et professionnels accompagnés	Description d'expérience de conduite de supervision (individuelle ou collective) ou de groupes d'analyse des pratiques

Cf. liste des pièces à joindre

### SITUATION ACTUELLE

<input type="checkbox"/> Salarié			
Date d'entrée		Type de contrat	
Poste occupé		Depuis	
Fonction			
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi			
N° Identifiant Pôle Emploi		Région Pôle Emploi	
<input type="checkbox"/> Autre			
Précisez			

### EMPLOYEUR (à compléter uniquement si vous êtes salarié)

Siège Social		Lieu de travail	
Entité		Entité	
SIRET		SIRET	
Statut	<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé à but lucratif <input type="checkbox"/> Privé à but non lucratif		
Adresse		Adresse	
Complément d'adresse		Complément d'adresse	
CP Ville		CP Ville	
Signataire convention de formation		Interlocuteur	
Nom et Prénom		Nom et Prénom	
Fonction		Fonction	
N° téléphone		N° téléphone	
Email		Email	
Adresse à utiliser pour la convention de formation	<input type="checkbox"/> Siège social <input type="checkbox"/> Lieu de travail		
Si financement employeur, entité à facturer	<input type="checkbox"/> Siège social <input type="checkbox"/> Lieu de travail		

### FINANCEMENT ENVISAGE DE LA FORMATION \*

<input type="checkbox"/> Auto-financement	<input type="checkbox"/> CPF (Montant disponible : _____ € ) <input type="checkbox"/> pendant le temps de travail <input type="checkbox"/> hors du temps de travail
<input type="checkbox"/> Employeur	<input type="checkbox"/> CPF Transition Pro
<input type="checkbox"/> OPCO : _____	<input type="checkbox"/> Pôle Emploi
<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	

\* Le financement définitif doit être validé avant la signature de la convention de formation.

### Demandeur d'emploi

Si vous êtes demandeur d'emploi (que votre formation soit financée par Pôle Emploi ou non), il est nécessaire que vous informiez votre conseiller de votre projet de formation, et que vous nous indiquiez si nous devons déclarer ou non votre entrée en formation auprès de Pôle Emploi.

## DECLARATION SUR L'HONNEUR : NON INTERDICTION PENALE

Je soussigné(e),.....  
*Nom de jeune fille suivi du nom d'épouse pour les femmes mariées*

Demeurant à .....

Né(e) le ...../...../..... à .....

Déclare sur l'honneur, conformément à l'article L227-10 du CASF et L133-6 du Code de l'action sociale et des familles, n'avoir pas fait l'objet d'interdiction administrative ni de condamnation pénale en raison d'une infraction incompatible avec les professions du secteur médico-social.

Fait à ..... Le .....

**Signature**

### PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DOSSIER

Tout dossier incomplet ne sera pas traité - NE PAS AGRAFER LES DOCUMENTS  
Merci de nous transmettre les pièces dans l'ordre indiqué

- 1- Copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité
- 2- Un curriculum vitae présentant de façon détaillée votre trajectoire personnelle et professionnelle incluant la formation initiale et continue
- 3- Une lettre de motivation qui précisera notamment votre vision de l'analyse de pratiques et de la supervision, votre projet professionnel et présentera votre expérience personnelle d'analyse de pratiques, de supervision, de coaching le cas échéant
- 4- 1 photo identité avec nom et prénom inscrits au dos (ou version numérique format .jpeg uniquement)
- 5- Photocopie des diplômes (niveau 4 minimum dans le travail social ou médico-social, l'éducation ou les sciences humaines et sociales) et attestations de formation
- 6- L'attestation de formation « Intervenant en analyse des pratiques » suivie à l'Arifts (le cas échéant)
- 7- Justificatifs de 5 ans d'expérience professionnelle dans le champ du social, médicosocial et/ou éducatif (contrat de travail, attestations employeur, bulletins de salaires, contrats de prestations... ou tout autre justificatif)
- 8- La preuve du virement 150 € couvrant les frais d'admission (**non remboursable**) – motif à indiquer sur le virement : Frais formation SAP + NOM Prénom – RIB Arifts en dernière page de ce dossier
- 9- Photocopie RQTF si situation de handicap
- +
- 10- Justificatifs d'interventions réalisées ou à venir en analyse des pratiques pour une candidature au parcours avec dispense Module 1

### Comment avez-vous connu l'Arifts et cette formation ?

- Site internet Arifts
- Site moncompteformation.gouv.fr
- Réseaux sociaux
- Le portail analysesdespratiques.com
- Ancien étudiant/stagiaire
- Presse écrite
- Autre .....

Je soussigné.e,

- certifie l'exactitude des informations renseignées dans ce dossier de candidature,
- certifie avoir pris connaissance du règlement d'admission à cette formation,
- demande à m'inscrire à **la formation « Superviser et analyser les pratiques dans le secteur social et médico-social »**,
- m'engage à faire les démarches nécessaires pour valider le financement de cette formation.

Fait à

le

Signature

### ATTENTION :

*Lors de la signature des conventions de mise en situation professionnelle, l'employeur invoquant son intérêt légitime, peut demander au candidat : La communication du B2 du casier judiciaire qui n'est délivré qu'à certaines administrations pour des motifs précis (art. R79 du Code de procédure pénale) : art. 776-6° du code de procédure pénale s'agissant d'emplois auprès des mineur.*



RIB à utiliser



Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
<b>10278</b>	<b>39403</b>	<b>00020726201</b>	<b>87</b>	<b>EUR</b>

**CM ANGERS OUEST**

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)  
**FR76 1027 8394 0300 0207 2620 187**

BIC (Bank Identifier Code)  
**CMCIFR2A**

**Domiciliation**

CM ANGERS OUEST  
2 SQUARE DE LA PENTHIÈRE  
49000 ANGERS  
Tél : 02-41-21-49-49

**Titulaire du compte (Account Owner)**

ARIFTS  
ARIFTS  
6 RUE GEORGES MOREL  
49000 ANGERS

Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

