

<p style="text-align: center;">ARIFTS Site Angers Vos interlocutrices : Responsable de Formation : Corinne GUYOMAR DIT LEDAN Coordinatrice : Mailys VEGUER Assistante : Céline HUBERT 02 41 48 96 35 – referent-parcours@arifts.fr</p>	<p>Lieu de formation : ARIFTS Angers 6 rue Georges Morel 49045 ANGERS</p>
--	--

- Le dossier de candidature est à renseigner le plus précisément possible et à nous renvoyer accompagné des pièces justificatives au plus tard le 18 décembre 2025 (par mail à referent-parcours@arifts.fr). Tout dossier incomplet ne sera pas étudié.
- A réception de votre dossier, nous vous contacterons pour fixer un entretien de positionnement, permettant de valider les pré-requis d'entrée en formation, vérifier l'adéquation entre votre projet et la formation, étudier les éventuels allègements/dispenses (sur les formations concernées par ces modalités)
- Votre dossier sera ensuite étudié en commission d'admission qui valide ou non votre entrée en formation. L'avis vous sera transmis par mail.

IDENTITE

Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input 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

EXPERIENCE.S PROFESSIONNELLE.S EN LIEN AVEC LA FORMATION

Période	Structure	Poste occupé	Missions

Cf. liste des pièces à joindre

STAGE.S EN LIEN AVEC LA FORMATION

Période et durée	Structure	Poste occupé	Missions

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

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
<input type="checkbox"/> Employeur	<input type="checkbox"/> CPF Transition Pro
<input type="checkbox"/> OPCO : _____	<input type="checkbox"/> France Travail
<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	

* Le financement définitif sera validé avant la signature de la convention de formation.

Demandeur d'emploi

Si vous êtes demandeur d'emploi (que votre formation soit financée par France Travail 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 France Travail.

Financement CPF

Vous êtes responsable de votre démarche CPF, consultez le site www.moncompteformation.gouv.fr pour prendre connaissance de la réglementation en vigueur

NOM :

Prénom :

VOS ATTENTES PAR RAPPORT A LA FORMATION

Quelles sont vos principales attentes par rapport à la formation ?

Quels sont vos principaux atouts pour mener à bien ce projet de formation ?

Quels seraient vos freins pour mener à terme ce projet de formation ?

Avez-vous identifié des moyens permettant de pallier ces freins ?

Quelles sont les problématiques que vous souhaitez aborder lors de la formation ?

Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?

A l'issue de la formation, quel projet professionnel envisagez-vous ?

STAGE

Le stage peut se dérouler chez l'employeur, à condition que le stagiaire occupe un poste en lien direct avec la formation suivie et la certification visée.

Vous envisagez de réaliser votre stage

Chez votre employeur : Oui Non

Dans une structure déjà identifiée : Oui Non

Si oui, nom de la structure : _____

PIECES A JOINDRE A VOTRE DOSSIER

Tout dossier incomplet ne sera pas traité - NE PAS AGRAFER LES DOCUMENTS

- Copie recto verso de la pièce d'identité
- Un curriculum vitae présentant de façon détaillée votre trajectoire personnelle et professionnelle incluant la formation initiale et continue
- Une lettre de motivation qui s'articule autour de 3 dimensions qui font lien entre elles, à savoir : l'état de votre parcours de formation et professionnel (y compris le bénévolat, s'il a lieu), votre motivation à entrer en formation, la représentation que vous vous faites du métier concerné par la formation
- 1 photo identité avec nom et prénom inscrits au dos (possibilité de la fournir en version numérique format .jpeg uniquement)
- Photocopie de tous les diplômes

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

- Site internet Arifts
- Site moncompteformation.gouv.fr
- Réseaux sociaux
- Autre
- Portes ouvertes
- Ancien étudiant/stagiaire
- Presse écrite

Je soussigné.e, _____, certifie l'exactitude des informations renseignées dans ce dossier de candidature et demande à m'inscrire à la formation **EXERCER UNE MISSION DE REFERENT DE PARCOURS SANTE ET SOCIAL.**

Fait à _____ le _____

Signature