

| | |
|---|---|
| ARIFTS Site Angers Vos interlocutrices : Responsable de Formation : Corinne GUYOMAR DIT LEDAN Coordinatrice pédagogique : Isabelle CHARRIER BIGOT Assistante : Céline HUBERT 02 41 48 96 35 – formation-autisme@arifts.fr | Lieu de formation : ARIFTS Site Angers 6 rue Georges Morel 49045 ANGERS |
|---|---|

PROCEDURE D'ADMISSION

- Le dossier de candidature est à renseigner le plus précisément possible et à nous renvoyer accompagné des pièces justificatives (par mail à formation-autisme@arifts.fr) au plus tard le **6 octobre 2023**. 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 (Montant : _____ €) <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 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 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.

UNAFORIS CNIA 1^{ER} DEGRE CNIA 2^{EME} DEGRE

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 ?

UNAFORIS CNIA 1^{ER} DEGRE CNIA 2^{EME} DEGRE

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
- Certificat.s de travail, de bénévolat...

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

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

Je soussigné.e, _____, certifie l'exactitude des informations renseignées dans ce dossier de candidature et demande à m'inscrire à la formation **INTERVENIR AUPRES DES PERSONNES AVEC TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME**.

Fait à _____ le _____

Signature