



Surveillant(e) de nuit qualifié(e) / Maître(sse) de maison
DOSSIER DE CANDIDATURE 2021-2022

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 type="text"/>		
Prénom	<input type="text"/>		
Date de Naissance	Cliquez ici pour entrer une date.		
Lieu et département de naissance	<input type="text"/>	n° département	<input type="text"/>
Numéro de Sécurité Sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	N° <input type="text"/>	voie	<input type="text"/>
Code Postal et Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone fixe :	<input type="text"/>	Téléphonie mobile :	<input type="text"/>
Courriel :	<input type="text"/>		
Personne à contacter en cas d'urgence :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>
SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE			
<u>Si vous êtes en emploi :</u>			
Date entrée :	<input type="text"/>	Type de contrat :	<input type="text"/>
		Autres (préciser) :	<input type="text"/>
Poste occupé :	<input type="text"/>	depuis :	<input type="text"/>
Nom du référent professionnel* :	<input type="text"/>		
Fonction :	<input 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 type="text"/>	Structure :	<input type="text"/>
Statut :	<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé non lucratif <input type="checkbox"/> Privé lucratif	Adresse :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>	Code Postal :	<input type="text"/>
Code Postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Ville :	<input type="text"/>	Contact (nom et service) :	<input type="text"/>
Contact (nom et service) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tél :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>
Fax :	<input type="text"/>	Fax :	<input type="text"/>
Mail :	<input type="text"/>	Mail :	<input 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

FORMATIONS

Années	Formations	Diplômes obtenus/Attestation	Niveau

FORMATION OUVRANT DROIT AUX DISPENSES

Années	Formation*
	<input type="checkbox"/> Formation Maître(sse) de maison
	<input type="checkbox"/> Formation Surveillant(e) de nuit qualifié(e)
	<input type="checkbox"/> HACCP
	<input type="checkbox"/> PSC1 ou SST
	<input type="checkbox"/> EPI
	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 <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"/>	Total : 2760,80 €	Total : 3248,70 €
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* : Corinne GUYOMAR DIT LEDAN
Email : c.guyomarditledan@arifts.fr
- ❖ *Secrétariat* : Céline POIRIER
Tel : 02 40 75 80 08 – Email : fg-sn-mm@arifts.fr

Association Régionale pour l'Institut de Formation en Travail Social

SIRET : 509 618 500 00011 – www.arifts.fr

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 52490254749 auprès du préfet de région des Pays de la Loire
Site angevin 6, rue Georges Morel 49045 ANGERS Cedex 01 - 02 41 48 20 22 accueil.siteangevin@arifts.fr
Site nantais 10, rue Marion Cahour 44400 REZE - 02 40 75 69 94 accueil.sitenantais@arifts.fr