**IDENTIFICATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Civilité | [ ]  Madame  | [ ]  Monsieur |
| NOM de naissance  |  |
| NOM d’usage  |  |
| Prénoms  |  |
| Date de naissance  |  |
| Lieu et département de naissance  |  |
| Nationalité |  |
| Adresse  |  |
| Complément d’adresse |  |
| Code postal et ville  |  |
| Téléphone fixe  |  |
| Téléphone mobile  |  |
| Email  |  |
| Personne à contacter en cas d’urgence  |  |
| Tél  |  |

**SITUATION DE HANDICAP** [ ] Oui [ ] Non

|  |
| --- |
| Si oui, Reconnaissance RQTH acquise [ ] Oui [ ] Non Dossier MDPH en cours de reconnaissance : [ ] Oui [ ] Non Limitation ou déficience susceptible de nécessiter l’engagement d’une demande : [ ] Oui [ ] NonBénéficiaire d’un aménagement scolaire dans les cursus antérieurs : [ ] Oui [ ] Non*Ces informations permettront de recenser les personnes susceptibles d’être accompagnées dans des demandes et/ou aménagements dès le début de la formation.* |

**SITUATION ACTUELLE**

|  |
| --- |
| [ ]  Salarié |
| Date d’entrée |  | Type de contrat |  |
| Poste occupé |  | Depuis  |  |
| Fonction  |  |
| [ ]  Demandeur d’emploi – N° Identifiant Pôle Emploi  |  |
| [ ]  Autre (précisez) |  |

**DIPLÔMES ET QUALIFICATIONS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date | Diplôme | Indiquez si obtenu ou niveau atteint | Nom de l’établissement |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**FINANCEMENT DE LA FORMATION**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  CPF | [ ]  EMPLOYEUR |
| [ ]  PERSONNEL | [ ]  OPCO |
| [ ]  TRANSITION PRO | [ ]  POLE EMPLOI |
| [ ]  AUTRE - Précisez : |  |

**EMPLOYEUR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Siège social  |  | Structure (lieu de travail)  |  |
| SIRET : |  | SIRET  |  |
| Statut  | [ ]  Public | [ ]  Privé à but lucratif | [ ]  Privé à but non lucratif | Adresse  |  |
| NOM du Directeur |  | Complément d’adresse |  |
| Adresse  |  | Code postal Ville |  |
| Complément d’adresse |  | Contact (NOM et service) |  |
| Code postal Ville |  | N° téléphone fixe |  |
| Contact (NOM et service) |  | Email |  |
| N° téléphone fixe |  |  |
| Email  |  |
| En cas de financement employeur, où doit être adressée la facturation ?[ ] Siège social [ ] Structure |

**ENVOI DU DOSSIER**

|  |
| --- |
| Ce dossier est à nous **renvoyer par e-mail** à l’adresse suivante :mediation-canine@arifts.fr**Merci de nous communiquer tout changement (adresse, téléphone, mail).** |

**Pièces à joindre** ***(tout dossier incomplet ne pourra être traité)***

* Photocopie des diplômes,
* Un curriculum vitae présentant de façon détaillé 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 de la médiation canine.
* Copie R/V carte identité ou passeport,
* 1 photo identité.

**Contacts**

* *Responsable du service FQ* : Corinne GUYOMAR DIT LEDAN - mail : c.guyomarditledan@arifts.fr
* *Assistante formation :* Céline POIRIER- Tel : 02 40 75 80 08 – mail : mediation-canine@arifts.fr

**Demandeurs 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 (à confirmer avec votre conseiller).