



**Formation
Accompagnant Éducatif Petite Enfance
en contrat d'apprentissage**

DOSSIER DE CANDIDATURE 202 _ - 202 _

IDENTITE

CIVILITE	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
NOM (si différent du nom de naissance)	<input type="text"/>	
NOM de jeune fille	<input type="text"/>	
Prénoms	<input type="text"/>	
Date de Naissance	<input type="text"/>	
Ville de naissance	<input type="text"/>	n° département <input type="text"/>
Pays de Naissance	<input type="text"/>	- nationalité <input type="text"/>
Numéro de Sécurité Sociale	<input type="text"/>	
Situation Familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> - Vie Maritale <input type="checkbox"/> - Marié(e) <input type="checkbox"/>	

COORDONNEES PERSONNELLES

ADRESSE	N° <input type="text"/>	nom de la voie <input type="text"/>
Complément adresse 1	<input type="text"/>	
Code Postal et Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone fixe perso :	<input type="text"/>	Téléphonie mobile perso : <input type="text"/>
Email principal :	<input type="text"/>	
Situation actuelle	Salarié(e) <input type="checkbox"/> - demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> - autre (précisez) <input type="checkbox"/> _____	

Numéro Identifiant National (ce numéro composé de 10 chiffres et une lettre figure sur les certificats de sorties scolaires ou sur les relevés de note des diplômes de l'enseignement secondaire)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	10 chiffres et 1 lettre ou 98 chiffres et 2 lettres
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	---

INSCRIPTION

Je désire m'inscrire à la Formation **en contrat d'apprentissage** du CAP Accompagnant Educatif Petite Enfance

Nature des enseignements : CAP AEPE « Enseignements Professionnels » CAP AEPE « Enseignements Généraux » *si pas de diplôme*

Diplôme en cours de validation : CAP/BEP :

BAC :



2^{ème} choix - si je ne trouve pas d'employeur et que j'ai 18 ans à la rentrée : je suis intéressé(e) pour intégrer la « **Formation Professionnelle** » formation AEPE payante (nous recontacter en juin par téléphone)

RECRUTEMENT EMPLOYEUR

À ne remplir que SI vous êtes en contact avec un employeur intéressé par votre candidature – pour un recrutement en contrat d'apprentissage – veuillez indiquer ses coordonnées :

Nom de l'établissement	<input type="text"/>	
Nom de votre interlocuteur	<input type="text"/>	Téléphone <input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	
Code Postal et Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° SIRET ET Code NAF	SIRET <input type="text"/>	NAF : <input type="text"/>

CURSUS ET EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

<input type="checkbox"/> CAP / BEP	série <input type="text"/>		- date d'obtention	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	établissement :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> BAC	série <input type="text"/>		- date d'obtention	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	établissement :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autre diplôme	série <input type="text"/>		- date d'obtention	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	établissement :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Premiers Secours / PSC1			- date d'obtention	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Etes-vous reconnu travailleur handicapé ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (fournir la reconnaissance « travailleur handicapé »)							

Avez-vous une pathologie qui peut vous faire bénéficier d'un aménagement lors de l'examen ? OUI NON

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM et prénom	<input type="text"/>	
ADRESSE	N° <input type="text"/>	nom de la rue <input type="text"/>
Complément d'adresse	<input type="text"/>	
Code Postal et Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone fixe :	<input type="text"/>	Téléphonie mobile : <input type="text"/>
Email :	<input type="text"/>	

Comment avez-vous connu l'ARIFTS ?

Liste des pièces à fournir avec ce dossier complété, daté et signé

1. Une **LETTRÉ DE MOTIVATION** argumentant votre projet de vouloir participer à l'accueil et à l'éducation des jeunes enfants.
2. Un **CURRICULUM VITAE**
3. La copie de votre **reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH)** si vous en êtes titulaire
4. La copie des **DIPLOMES** – CAP – BEP - BAC

– aucune des pièces ne doit être agrafée ou collée –

Dossier d'inscription COMPLET à retourner impérativement à :

Association Régionale pour l'Institut de Formation en Travail Social
10, rue Marion Cahour – 44400 REZE
Tel : 02 40 84 29 84 mail : c.fourny@arifts.fr

Formation Accompagnant Éducatif Petite Enfance en Formation Professionnelle

DOSSIER DE CANDIDATURE 202 _ -202 _

IDENTITE	
CIVILITE	Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>
NOM (si différent du nom de naissance)	<input style="width: 90%;" type="text"/>
NOM de jeune fille	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Prénom	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Date de Naissance	<input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 60%;" type="text"/>
Ville de naissance	<input style="width: 70%;" type="text"/> n° département <input style="width: 20%;" type="text"/>
Pays de Naissance	<input style="width: 40%;" type="text"/> - nationalité <input style="width: 50%;" type="text"/>
Numéro de Sécurité Sociale	<input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> . <input style="width: 15%;" type="text"/>
Situation Familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> - Vie Maritale <input type="checkbox"/> - Marié.e <input type="checkbox"/> - veuf.ve <input type="checkbox"/>
COORDONNEES PERSONNELLES	
ADRESSE	N° <input style="width: 15%;" type="text"/> voie <input style="width: 75%;" type="text"/>
Complément adresse 1	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Code Postal et Ville	<input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 70%;" type="text"/>
Téléphone fixe perso :	<input style="width: 40%;" type="text"/> Téléphonie mobile perso : <input style="width: 40%;" type="text"/>
Email principal :	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Situation actuelle	Lycéen <input type="checkbox"/> - apprenti <input type="checkbox"/> - étudiant <input type="checkbox"/> - Salarié(e) <input type="checkbox"/> - autre <input type="checkbox"/>
	Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Nom du conseiller : <input style="width: 60%;" type="text"/>
	N° Identifiant PE <input style="width: 20%;" type="text"/> date d'inscription <input style="width: 20%;" type="text"/>
CURSUS ET EXPERIENCES PROFESSIONNELLES	
<input type="checkbox"/> Premiers Secours /PSC1- date d'obtention <input style="width: 15%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> CAP / BEP – série <input style="width: 25%;" type="text"/> - date d'obtention <input style="width: 15%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> BAC – série <input style="width: 25%;" type="text"/> - date d'obtention <input style="width: 15%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> BTS / autre – série <input style="width: 25%;" type="text"/> - date d'obtention <input style="width: 15%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Expérience.s professionnelle.s pouvant faire valoir une dispense :	
INSCRIPTION	
Je désire m'inscrire à la Formation Professionnelle du CAP AEPE	
Lieu de formation : <input type="checkbox"/> NANTES – REZE	
Nature des enseignements : <input type="checkbox"/> CAP AEPE « Enseignements Professionnels » <input type="checkbox"/> CAP AEPE « Enseignements Généraux » <i>Si pas de diplôme</i>	

FINANCEMENT – Cocher toutes les cases correspondantes

<input type="checkbox"/> CPF	et / ou	<input type="checkbox"/> Personnel	<input type="checkbox"/> Prélèvements sur 9 mois (à partir de septembre)	<input type="checkbox"/> chèque/virm global
<input type="checkbox"/> Pôle Emploi	<input type="checkbox"/> Mission Locale	<input type="checkbox"/> Cap Emploi		
<input type="checkbox"/> Conseil Général	<input type="checkbox"/> Maire / Ville	Précisez		
<input type="checkbox"/> Employeur /OPCO	<input type="checkbox"/> CPF	<input type="checkbox"/> Transition Pro		
<input type="checkbox"/> PEC	<input type="checkbox"/> CAE	<input type="checkbox"/> CUI	<input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation	
<input type="checkbox"/> AGEFIPH (emploi handicapé)				
<input type="checkbox"/> Autre (précisez)				

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Identité de la personne à prévenir (nom et prénom)			
ADRESSE		N°	nom de la rue
Complément d'adresse			
Code Postal et Ville			
Téléphone fixe :		Téléphonie mobile :	
Email :			

SITUATION DE HANDICAP

Etes-vous reconnu travailleur handicapé ? OUI NON
 Avez-vous une pathologie qui peut vous faire bénéficier d'un aménagement lors de l'examen ? OUI NON

Comment avez-vous connu l'ARIFTS ?

Date :

Signature du candidat :

Liste des pièces à fournir avec ce dossier complété, daté et signé

– aucune des pièces ne doit être agrafée ou collée –

1. Une **LETTRÉ DE MOTIVATION** argumentant votre projet de vouloir participer à l'accueil et à l'éducation des jeunes enfants.
2. Un **CURRICULUM VITAE**
3. La copie des **DIPLOMES – CAP – BEP – BAC**
4. Un **chèque de 50,00 €** pour les frais de dossier et d'admission, à l'ordre de l'ARIFTS (**non remboursable en cas de désistement**)
5. Copie de l'attestation RQTH ou MDPH si vous en êtes titulaire
6. Copie des résultats UP1 et/ou PSE et/ou UP2 et/ou UP3 pour les dispenses

Dossier d'inscription COMPLET à retourner impérativement à :

ARIFTS (Association Régionale pour l'Institut de Formation en Travail Social)

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

10, rue Marion Cahour 44400 REZE - 02 40 84 29 84 c.fourny@arifts.fr



Formation Accompagnant Éducatif Petite Enfance en Formation Professionnelle

UP2 Exercer son activité en accueil collectif
100% distanciel - réservé aux assistantes maternelles

DOSSIER DE CANDIDATURE 202 _ -202 _

IDENTITE	
CIVILITE	Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>
NOM (si différent du nom de naissance)	<input style="width: 90%;" type="text"/>
NOM de jeune fille	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Prénom	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Date de Naissance	<input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/>
Ville de naissance	<input style="width: 60%;" type="text"/> n° département <input style="width: 10%;" type="text"/>
Pays de Naissance	<input style="width: 30%;" type="text"/> - nationalité <input style="width: 30%;" type="text"/>
Numéro de Sécurité Sociale	<input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>
Situation Familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> - Vie Maritale <input type="checkbox"/> - Marié.e <input type="checkbox"/> - veuf.ve <input type="checkbox"/>
COORDONNEES PERSONNELLES	
ADRESSE	N° <input style="width: 10%;" type="text"/> voie <input style="width: 80%;" type="text"/>
Complément adresse 1	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Code Postal et Ville	<input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 70%;" type="text"/>
Téléphone fixe perso :	<input style="width: 30%;" type="text"/> Téléphonie mobile perso : <input style="width: 30%;" type="text"/>
Email principal :	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Situation actuelle	Lycéen <input type="checkbox"/> - apprenti <input type="checkbox"/> - étudiant <input type="checkbox"/> - Salarié(e) <input type="checkbox"/> - autre <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Nom du conseiller : <input style="width: 20%;" type="text"/> N° Identifiant PE <input style="width: 10%;" type="text"/> date d'inscription <input style="width: 10%;" type="text"/>
CURSUS ET EXPERIENCES PROFESSIONNELLES	
Diplômes obtenus	<input type="checkbox"/> EP1 – Date d'obtention <input style="width: 10%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> EP3 – Date d'obtention <input style="width: 10%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> PSE - Date d'obtention <input style="width: 10%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> CAP / BEP – série <input style="width: 20%;" type="text"/> - date d'obtention <input style="width: 10%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> BAC – série <input style="width: 20%;" type="text"/> - date d'obtention <input style="width: 10%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> BTS / autre – série <input style="width: 20%;" type="text"/>
INSCRIPTION	
Je désire m'inscrire à la Formation Professionnelle du CAP AEPE	
CENTRE DE FORMATION : ARIFTS SITE NANTAIS A REZE	
Nature des enseignements : <input type="checkbox"/> EP2 par l'Arifts en distanciel à prévoir en travail personnel <input type="checkbox"/> PSE <input type="checkbox"/> EPS	

FINANCEMENT	
<input type="checkbox"/> CPF	<input type="checkbox"/> Règlement total du coût de la formation
AUTRE	<input checked="" type="checkbox"/> Prélèvements sur 9 mois (à partir de septembre) <input type="checkbox"/> chèque global
PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE	
Identité de la personne à prévenir (nom et prénom)	<input type="text"/>
ADRESSE	N° <input type="text"/> nom de la rue <input type="text"/>
Complément d'adresse	<input type="text"/>
Code Postal et Ville	<input type="text"/> <input type="text"/>
Téléphone fixe : <input type="text"/>	Téléphonie mobile : <input type="text"/>
Email : <input type="text"/>	
Êtes-vous reconnu travailleur handicapé ?	
Avez-vous une pathologie qui peut vous faire bénéficier d'un aménagement lors de l'examen ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Comment avez-vous connu l'ARIFTS ?	<input type="text"/>
Date : <input type="text"/>	Signature du candidat : <input type="text"/>

Liste des pièces à fournir avec ce dossier complété, daté et signé

1. Copie de l'agrément ou Copie du dernier renouvellement
2. La copie des **DIPLOMES** CAP – BEP – BAC
3. Copie des résultats UP1 - PSE et UP3 pour les dispenses



– aucune des pièces ne doit être agrafée ou collée –

**Dossier d'inscription COMPLET
à retourner **PAR MAIL**
impérativement à :**

**ARIFTS (Association Régionale pour l'Institut de Formation en Travail Social)
SIRET : 509 618 500 00011 – www.arifts.fr
10 rue Marion Cahour 44400 REZE - 02 40 84 29 84 - c.fourny@arifts.fr**