

Intervenir auprès des Personnes Handicapées Vieillissantes

Photographie

DOSSIER DE CANDIDATURE

à retourner pour **le 3 Novembre 2023**

par mail : **c.morisseau@arifts.fr** et par courrier à l'adresse suivante
ARIFTS – Service ID – 6 rue Georges Morel 49045 ANGERS

▪ Identification

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date et Lieu de naissance : _____

Age : _____

Adresse personnelle : _____

Code Postal et ville : _____

Tél : _____ Portable : _____

E-mail : _____ @ _____

▪ Historique de formation

Diplômes : _____

▪ Votre situation

Etes-vous en poste avec un public *PHV (*Personnes Handicapées Vieillissantes) ? oui non

▪ Identification de la structure employeur

Dénomination sociale : _____

Poste occupé dans la structure : _____

Depuis combien de temps : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Numéro de Siret : _____

Code APE : _____

Tél : _____ Mail : _____

Personne à contacter : _____

Votre projet de formation est-il connu et porté par votre employeur ? OUI NON

▪ Le stage

La formation est composée de 140 heures de stage. A noter, le stage peut se dérouler chez l'employeur à condition d'accompagner un public PHV.

En cas de doute, contacter le responsable Thierry CHARTRIN au 06 18 78 93 22

Envisagez-vous de réaliser le stage chez votre employeur ? Oui Non

👉 Pour les autres candidats, l'entrée en formation sera conditionnée par l'obtention d'un stage. Nous vous conseillons de démarrer la recherche dès maintenant.

▪ Financement prévisionnel de la formation

Vous-même :

Votre employeur :

Pôle emploi :

CPF (Si enregistrement au RSCH):

Autre à préciser

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

▪ Pièces à joindre au dossier

- CV
- Lettre de motivation
- Les justificatifs : copie des diplômes, attestations de formation, certificats de travail
- Attestation de prise en charge
- Une photo scannée (envoi mail) et une photo avec votre nom et prénom inscrits au dos

▪ Contacts

Thierry CHARTRIN, Responsable de formation (t.chartrin@arifts.fr) 02-41-22-14-77

Carine MORISSEAU, Assistante de formation (c.morisseau@arifts.fr) 02-41-22-40-72

▪ Demande d'inscription

Je, soussigné(e), _____

demande à m'inscrire à la formation « Intervenir auprès des **Personnes Handicapées Vieillissantes** » ayant lieu à l'ARIFTS en 2023/2024.

Fait à _____ le _____

Signature :

Cadre réservé à l'ARIFTS :

Dossier complet : OUI NON

Si non, pièce manquante et date relance : _____

En poste auprès d'un public PHV : OUI NON Si oui, justificatif : OUI NON

Stage à réaliser chez l'employeur : OUI NON

Financement envisagé : _____

Accord de prise en charge : OUI NON

Décision : Accepté Refus

Accompagnateur : _____

Signature du responsable : _____