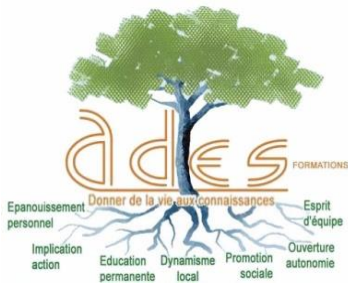


**Parcours  
complémentaire**



## DOSSIER D'INSCRIPTION

### Formation DEAES (Accompagnant Educatif et Social)

Photo

### 2016/2017

**Spécialité choisie :**  Accompagnement de la vie en structure collective     Accompagnement de la vie à domicile  
 Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire

#### LE CANDIDAT

**Nom et prénom :** \_\_\_\_\_ **Nom de jeune fille :** \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** Fixe : \_\_\_\_\_  
**CP - VILLE :** \_\_\_\_\_ **Portable :** \_\_\_\_\_  
**Né(e) le :** \_\_\_\_\_ **à :** \_\_\_\_\_ **Mail :** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
**Age :** \_\_\_\_\_ **Nationalité :** \_\_\_\_\_  
**Actuellement, vous êtes :**  Salarié(e)     Demandeur d'Emploi     Etudiant     Autre \_\_\_\_\_  
**Si vous êtes salarié, type de contrat :**  CDI     CDD     Contrat de prof.     CAE     Contrat d'avenir  
 Autre : \_\_\_\_\_  
**Situation familiale :**  Célibataire     Marié(e) ou Vie maritale     Veuf(ve)     Divorcé(e) ou Séparé(e)  
**Reconnaissance Travailleur Handicapé :**  oui     non    Si oui, catégorie : \_\_\_\_\_  
**Nb d'enfants :** \_\_\_\_\_ **Age des enfants :** \_\_\_\_\_  
**Permis de conduire :**  oui     non    **Véhicule à disposition :**  oui     non  
**Diplôme(s) acquis :** \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR OU DU FINANCEUR POUR LA DUREE DE LA FORMATION

**Nom et adresse de l'établissement :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Tél. :** \_\_\_\_\_ **Fax. :** \_\_\_\_\_ **e-mail :** \_\_\_\_\_  
**Nom du Directeur – Directrice :** \_\_\_\_\_  
**OPCA Financier :** \_\_\_\_\_  
**Autres financements, précisez :** \_\_\_\_\_

**Rappel : SEULS LES CANDIDATS TITULAIRES DU DEAVS OU DEAMP OU MCAD PEUVENT PRETENDRE A CETTE FORMATION EN PARCOURS COMPLEMENTAIRE**

**Liste des pièces à fournir :**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE**

- Le dossier d'inscription dûment rempli et **signé**.
- Une photo d'identité collée sur le dossier.
- Une lettre détaillant le projet de formation professionnelle expliquant la démarche du candidat
- Un CV détaillé.
- Une copie de votre** attestation d'assuré social.
- Une photocopie de la carte d'identité recto verso **en cours de validité jusqu'à la date des épreuves de certification.**
- Si vous êtes reconnu Travailleur Handicapé, une copie de la Reconnaissance de Travailleur Handicapé délivrée par la Commission pour les Droits et l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).
- La copie du diplôme, vous permettant d'accéder à cette formation en parcours complémentaire (DEAMP, DEAVS, MCAD).
- Votre règlement libellé à l'ordre de l'ADES (merci d'établir 3 chèques)  
Frais de dossier : 35 €  
Le cas échéant,  
 une attestation de prise en charge financière par l'établissement employeur.

*Une facture acquittée pourra vous être délivrée sur simple demande au secrétariat.*

*Lors de l'entrée en formation, les **candidats admis** devront fournir un extrait du casier judiciaire N°3.*

**Diplômes vous permettant d'entrer en formation en parcours complémentaire**

- Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS)
- Mention Complémentaire d'Aide à Domicile (MCAD)
- Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique ou Diplôme d'Etat d'Aide Medico-Psychologique (DEAMP)
- ☞ **fournir obligatoirement une copie du diplôme. Merci.**

Conformément à l'article 5 de l'arrêté du 29 janvier 2016 relatif à la mise en œuvre du DEAES, les candidats se positionnant sur un parcours complémentaire sont dispensés des épreuves de sélection. Ils doivent se présenter à un entretien individualisé visant à apprécier des aptitudes à s'inscrire dans le projet pédagogique de l'ADES.

L'entretien prendra appui sur les éléments constitués par le candidat à savoir :

- Dossier d'inscription complet
- Copie du diplôme obtenu
- Un projet de formation expliquant la démarche du candidat

*J'autorise l'ADES à publier sur son site [www.adesformations.fr](http://www.adesformations.fr) la liste des admis à la sélection d'entrée en formation. Je dispose toutefois d'un droit de retrait que je peux exercer à tout moment par lettre simple adressée à l'ADES.*

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

L'entretien aura lieu à l'ADES – Pôle Formation Sanitaire et Social –  
Allée des Tabacs – 47200 MARMANDE

*« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au service Ressources Humaines. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée le 8 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit d'accès et obtenir communication des informations qui vous concernent, veuillez-vous adresser au service RH. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant »*