

Dossier d'inscription
FORMATION PREPARANT A LA CERTIFICATION DE
« SURVEILLANT-VISITEUR DE NUIT EN SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL »

Certification professionnelle délivrée par le CNEAP enregistrée au RNCP, code 5983, Arrêté du 11 décembre 2018,
paru au Journal Officiel du 18 décembre 2018.

Coordonnées personnelles :

Nom Prénom

Nom de jeune fille

Date de naissance / / Lieu de naissance

Adresse personnelle :

.....

Code Postal.....Ville

Téléphone.....

E-mail.....

Situation actuelle :

- Demandeur d'emploi
- En emploi
- Etudiant
- Autre (préciser) :

Si vous êtes demandeur d'emploi :

N°identifiant :

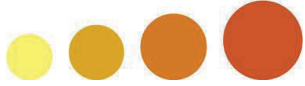
E-mail du conseiller Pôle Emploi :

Si vous êtes en emploi :

Fonction exercée

Nom et adresse de l'employeur.....

.....



Code Postal..... Ville

Téléphone..... Télécopie.....

E-mail.....

Nom et coordonnées du responsable hiérarchique :
.....

Pour toute demande d'aménagement liée à une situation de handicap, prendre contact avec le référent handicap, Hélène CONFRERE : helene.confrere@apradis.eu

Financement de la formation

Financement employeur dans le cadre du Plan de Développement des Compétences

Financement personnel

Autre (CPF, Pôle Emploi, OPCO, Transition pro, Conseil Régional...)
A préciser:

Adresse pour envoi de la convention et de la facture :

Nom

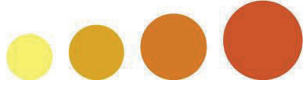
Adresse

Code Postal..... Ville

Téléphone..... Télécopie.....

E-mail.....

Interlocuteur en charge des formations (mail et téléphone) :
.....
.....
.....



Documents à joindre :

- CV
- Copie des diplômes
- Extrait de casier judiciaire
- photocopie recto/verso de la carte d'identité
- Si vous êtes demandeur d'emploi, justificatif d'inscription à Pôle Emploi
- Si vous êtes bénéficiaire d'une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé joindre un justificatif.
- Tous documents nous permettant de définir votre parcours de formation (stage ou expérience professionnelle au sein d'un établissement social ou médico-social par exemple)

Signature du futur candidat

Fait à.....
Le.....

Signature de l'établissement (si financeur)

Fait à.....
Le.....

**A retourner à charlotte.desmarest@apradis.eu
Au plus tard un mois avant le démarrage de la formation**