

# Fiche d'inscription

---

## Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif Social

# DEAES

---

Site de Bastia



Site d'Ajaccio



### Institut Corse de Formation et recherche en Travail Social, Médico-Social et Sanitaire

✦ Résidence 1er consul  
ancienne loge - quartier Candia  
20 090 Ajaccio  
Tél. 04 95 76 40 91 - Fax. 04 95 10 64 08  
contact@ifrtscorse.eu

✦ 2 Chemin de l'annonciade  
Immeuble Loumaland  
20 200 Bastia  
Tél. 04 95 54 10 23 - Fax 04 95 54 02 11  
contact@ifrtscorse.eu

Coller photo d'identité

## Identité

---

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : ..... Département de naissance :

Nationalité : .....

N° de sécurité sociale : \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_

Adresse personnelle .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : ..... E mail : .....

## Situation familiale

---

Célibataire

Marié(e) / Vie maritale Nombre d'enfants : .....

Autre

## Situation d'entrée en formation

---

### 1 - Salarié en cours d'emploi d'AES

#### Etablissement employeur pendant la formation :

Nom de l'établissement .....

Type d'établissement .....

Adresse .....

.....

Téléphone ..... Fax .....

Mail .....

Personne à contacter .....

#### Type de contrat de travail :

CDI  Temps plein  Temps partiel

CDD du ..... au .....  Temps plein  Temps partiel

Contrat Pro du ..... au .....  Temps plein  Temps partiel

CAE du ..... au .....  Temps plein  Temps partiel

Autre contrat du ..... au .....  Temps plein  Temps partiel





**Renseignements divers :**

Loisirs, bénévolats, langues

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Quelle sera votre situation à l'entrée en formation ?**

.....  
.....

**Mode de financement envisagé**

Votre formation est prise en charge par :

- Employeur
- Organisme financeur (UNIFAF, AGEFOS, UNIFORMATION, etc)
- Financement personnel
- Autre

Préciser : .....

**Détailler impérativement et précisément ci-dessous selon le mode de financement envisagé :**

Les coordonnées des financeurs : .....

Les éléments dont vous êtes tributaire pour l'obtention du financement :

.....

Les délais éventuels pour réunir le financement :

.....  
.....

Tous les éléments particuliers susceptibles de renseigner votre démarche de financement :

.....  
.....  
.....

**Frais d'inscription pour la sélection :**

Titre de paiement à libeller à l'ordre de l'I.F.R.T.S

Montant : **105** €uros

Par Chèque N°: .....

Nom du titulaire du compte : .....

Par mandat postal effectué le .....

En espèces ..... N° de reçu : .....

**Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de sélection.**

**Je déclare sur l'honneur que tous les renseignements que je fournis sont exacts.**

**Je me porte candidat(e) à la sélection d'entrée en formation d'Accompagnant Educatif et Social.**

Fait à ..... le .....

Signature du stagiaire

**Signature du candidat**

*Note : Les pièces justificatives ne sont pas retournées aux candidats. Il convient donc de ne pas adresser d'originaux de diplômes, mais seulement des copies certifiées.*



## Pièces à joindre

---

- Le dossier d'inscription dûment complété et signé
- Lettre de motivation
- 1 curriculum vitae
- 1 photo d'identité collée sur le présent dossier
- 1 photocopie recto-verso de votre carte d'identité (ou passeport) en cours de validité
- La photocopie des diplômes obtenus
- 1 extrait de casier judiciaire bulletin N°3 de moins de 6 mois (dont la demande peut être faite en ligne sur le site : [www.vos-droits.justice.gouv.fr](http://www.vos-droits.justice.gouv.fr)) (*format numérique possible*)
- Les pièces justificatives de l'expérience professionnelle (attestation de l'employeur, certificat de travail...) durée, fonctions exercées
- Le cas échéant, une demande d'allègement ou de dispense
- Le cas échéant, copie de la décision de jury VAE ayant dispensé le candidat bénéficiant d'une validation partielle des acquis de l'expérience, des pré-requis nécessaires à l'entrée en formation préparant au DEAES
- Un justificatif MDPH précisant les aménagements nécessaires (si demande d'aménagement des épreuves)
- Un justificatif d'assurance couvrant la responsabilité civile
- 1 chèque de 105 €uros à l'ordre de l'IFRTS pour les frais d'inscription
- Si salarié(e) : Autorisation de l'employeur à suivre la formation (modèle ci-joint)
- La photocopie de la prise en charge financière
- Attestation de prise en charge de la formation

La recevabilité du dossier du candidat est examinée à partir des critères suivants :

1- Les pièces complètes

2- Le projet professionnel est cohérent avec la formation préparant au DEAES

# IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom ou raison sociale : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : ..... Fax : .....  
Mail : .....  
Personne à contacter, chargée du dossier : .....  
Code APE : .....  
Code SIRET : .....  
CODE FINESS : .....  
OPCA (précisez) : .....  
Adresse exacte de facturation : .....  
.....  
.....

## AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e) .....  
Directeur(trice) de .....

Autorise sous réserve d'obtention du financement par :

- Le plan de formation  
 Le Congé Individuel de Formation  
 Autre

En cas de financement autre que le plan de formation de l'entreprise, veuillez joindre une photocopie de prise en charge.

Madame, Monsieur, .....  
Employé(e) dans mon établissement en qualité de : .....  
Depuis le : .....  
Nature du contrat (CDI, CDD, CAE ? Contrat de professionnalisation, etc...) : .....

Pour les CAE et CDD jusqu'au : .....  
A suivre la formation d'Accompagnant Educatif et Social à l'IFRTS Corse à partir de ..... jusqu'à .....

Madame, Monsieur ..... sera en fonction d'Accompagnant Educatif et Social :

- OUI  NON

**Si OUI**, j'autorise mon salarié à suivre la formation comme suit : 525 heures de formation théorique + 140 heures de stage externe à l'établissement employeur.

L'établissement s'engage à être le support de la formation en situation d'emploi.

**Si NON**, j'autorise mon salarié à suivre la formation comme suit : 525 heures de formation théorique + 840 heures de stage externe à l'établissement employeur.

Fait à ....., le .....

Signature et cachet de l'établissement  
Fonction du signataire



# PRISE EN CHARGE DES FRAIS

---

NOM – PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

Vous demandez le financement des FRAIS DE FORMATION (5512.50 €) par :

- Le Congé Individuel de Formation
- Un Congé de reclassement
- Un autre financement (précisez) : .....

Si la prise en charge des frais de formation n'est que partielle, veuillez préciser quel sera le montant du financement complémentaire :

.....

.....

Veuillez joindre obligatoirement une copie de la prise en charge.

Fait à ....., le .....

Signature du stagiaire

# FINANCEMENT INDIVIDUEL : ENGAGEMENT DU CANDIDAT

---

*A compléter par le candidat en cas de paiement total ou partiel*

NOM – PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

## Financement des frais de formation :

Prise en charge\* par CIF, OPCA, etc....

Montant : .....

\*Joindre obligatoirement la photocopie des justificatifs de prise en charge

Prise en charge individuelle

Montant : .....

Je m'engage à financer le montant restant à ma charge pour la formation d'Accompagnant Educatif et Social.

**Information sur le paiement candidat individuel :** Le candidat dispose d'un délai de rétractation de 10 jours après la signature du contrat de formation professionnel. Les paiements sont échelonnés c »f. Plan de financement - contrat de formation ».

En cas d'annulation de l'inscription avant le début de l'action, aucune somme ne saura exigée.

En cas d'abandon en cours de formation, les heures programmées sont facturables jusqu'à la date de réception de la notification écrite signifiant l'abandon (lettre RAR).

Fait à ....., le .....

Signature du stagiaire