DOSSIER DE CANDIDATURE - **SESSION 2020**

Formation professionnelle et continue **d’Auxiliaire de Puériculture 2021**

Lycée Louise Michel - **Greta MTI 94**

Dossier complet à renvoyer par voie postale ou par courriel **en PDF uniquement**

**Greta MTI 94 -** Lycée Louise Michel 7 rue Pierre Marie Derrien 94500 CHAMPIGNY SUR MARNE

**Lieu de formation ~~:~~**

**Parcours complet** **et partiel**: Lycée Louise Michel 7 rue Pierre Marie Derrien 94500 CHAMPIGNY SUR MARNE

**Uniquement PASSERELLE AS/AP** : Centre Rabelais 10 rue du pont de Créteil 94100 ST-MAUR DES FOSSES

|  |
| --- |
| **Modalités de sélection dérogatoires pour 2020 selon l’Arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d’admission aux formations conduisant aux diplômes d’Etat d’aide-soignant et d’auxiliaire de puériculture** |
| Etude du dossier de candidature et des différentes pièces constitutives du dossier. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dépôt des dossiers de candidature** | **Du lundi 6 juillet au vendredi 2 octobre 2020** |
| **Date limite de réception du dossier de candidature** | **Vendredi 2 octobre 2020** |
| **Lieu unique d’envoi du dossier** | **Greta MTI 94 -** Lycée Louise Michel 7 rue Pierre Marie Derrien 94500 CHAMPIGNY SUR MARNE  Courriel : selectiondeap.louisemichel@gretamti94.fr **(en PDF uniquement)** |
| **Date d’affichage des résultats** | **Mardi 17 novembre à 10 h** |
| **Validation des inscriptions** | **Jeudi 26 novembre 2020** |
| **Date de démarrage de la formation** | **4 janvier 2021** |
| **Nombre de places** | **19 Parcours complets 20 cursus partiels** |
| **Tarif de la formation**  **(Pour les personnes ne bénéficiant pas de la subvention du CRIF)** | **Parcours complet** : 6842,50 euros soit *11,50 euros de l’heure centre*  *Contacter le GRETA pour obtenir le tarif en fonction*  *des modules à valider*  ***PASSERELLE AS/AP :***  *- 3783.5 euros soit 11.5 euros (maxi) de l’heure centre* |

**Vous devez compléter personnellement ce dossier de façon manuscrite**

***Documents à retourner***

***PHOTO***

**1 ETAT CIVIL (en majuscules)**

Mad Patronyme (nom de naissance) :

Nom marital : Prénoms :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : Mail :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de naissance : |  |  | Age : |
| Situation familiale : |  |  | Nombre d’enfants : \_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu de naissance : | Département : \_\_\_ |

Nationalité :

|  |  |
| --- | --- |
| Carte de séjour : | Date de validité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**2 FORMATION**

Dernière classe fréquentée :

Diplôme(e) obtenu(s) :

Date d’obtention :

Souhaitez-vous faire la demande d’un allègement de formation (les diplômes ouvrant droit à une dispense sont listés ci-dessous)

OUI NON

Diplôme(s) obtenu(s) dans le secteur sanitaire et social \*

***\* joindre la copie des originaux des diplômes***

Situation ouvrant droit à dispense de modules de formation

* Je suis titulaire du Diplôme d’Etat d’Aide-soignant
* Je suis titulaire du Bac Pro ASSP

**Modules à valider** A renseigner par le Greta

□ 1

□ 2

□ 3

□ 4

□ 5

□ 6

□ 7

□ 8

* Je suis titulaire du Bac SAPAT
* Je suis titulaire du Diplôme d’Etat d’Accompagnant Educatif et Social, Spécialité :
* Je suis titulaire du Diplôme d’Etat d’Aide Médico-Psychologique
* Je suis titulaire du Diplôme d’Etat Auxiliaire de vie sociale ou de la Mention Complémentaire d’Aide à domicile
* J’ai validé partiellement le diplôme en VAE
* J’ai validé partiellement le diplôme en formation complète\*

***\*Merci de fournir la décision du jury notifiant les modules validés***

**3 VOTRE SITUATION ACTUELLE : DEMANDEUR D’EMPLOI**

**Merci de nous préciser comment sera financée la formation :**

**□** Individuel payant (autofinancement) **□** Pôle Emploi(AIF)

**□**Autre (préciser) :

N° identifiant Pôle Emploi :

Pôle Emploi agence de : Dernière date d'inscription à Pôle Emploi :

* Vous êtes indemnisé(e) au titre de :
  + Allocation de Retour à l'Emploi (ARE)
  + Allocation Spécifique de Solidarité (ASS)
  + Autre (précisez) :
* Vous n'êtes plus indemnisé(e) par Pôle Emploi depuis le :
* Vous êtes reconnu travailleur handicapé depuis le :
* Vous bénéficiez du RSA depuis le :
* Vous ne bénéficiez d'aucun revenu depuis le :

**□**Autres cas :

**4 SI VOUS ETES DEMANDEUR D’EMPLOI DE MOINS DE 26 ANS**

Vous êtes inscrit à la mission locale **□** Oui **□** Non

Adresse de la mission locale :

Nom de votre conseiller : Vous êtes inscrit à pôle emploi : **□** Oui **□** Non. Si oui remplissez la partie **3.**

**5 PLACES FINANCEES PAR LE CONSEIL REGIONAL ET MODALITES**

Le public éligible au SPRF est prioritaire.

La Région Ile-de-France prend en charge les frais pédagogiques, les frais de certification et les droits d’inscription des élèves sortis du système scolaire depuis moins de deux ans (à l’exception faite des apprentis), des jeunes inscrits en mission locale, des demandeurs d’emploi, des bénéficiaires du RSA et des bénéficiaires de contrats aidés remplissant les conditions suivantes :

* ne pas avoir obtenu de diplôme, titre ou certification,
* être inscrit dans un institut de formation listé en annexe de la délibération n° CP 2018-174 pour préparer un des diplômes suivants : aide-soignant, auxiliaire de puériculture.
* être inscrit sur un parcours de formation complet.

 Sont ensuite éligibles les publics hors SPRF suivants, en fonction des places disponibles, sachant que le statut est considéré à l’entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation :

* les demandeurs d’emploi (catégories A et B), inscrits à Pôle emploi depuis 6 mois au minimum à l’entrée en formation, dont le coût de formation n’est pas pris en charge par Pôle emploi, les bénéficiaires des contrats aidés (CAE, CIE, Emploi d’Avenir…) y compris en cas de démission,
* les bénéficiaires du RSA,
* les jeunes inscrits en mission locale.

6 VOTRE SITUATION ACTUELLE : SALARIE

**Merci de nous préciser comment sera financée la formation :**

* Plan de développement des compétences (ex plan de formation/employeur)
* reconversion ou la promotion par alternance (PRO-A) (ex période de professionnalisation)
* CPF de transition professionnelle (ex CIF), Nom de l’OPCO :
* Compte Personnel de Formation (CPF). Avez-vous ouvert votre compte personnel de formation ? : **□** Ou **□** Non Si oui, de quel montant bénéficiez-vous : €

<https://www.moncompteformation.gouv.fr/>

* Individuel payant (autofinancement) **□**Autre (préciser) :

Cochez les cases selon votre situation actuelle

* CDD **□** Contrat Aidé
* CDI **□** Autre (précisez)

Date de début : Date de fin : Nom de l'employeur : \_ Adresse : Code postal : Ville : N° de téléphone : Mail : Personne à contacter : Fonction : Nom du signataire : Fonction :

Avez-vous fait une demande de dossier de CPF de transition professionnelle ?

* + Oui **□** Non

**Si Non :** Prenez rapidement contact avec l’organisme financeur pour obtenir un dossier, renseignez-vous auprès du service RH de votre entreprise

**Si Oui :** Avez-vous pris contact auprès de nos services pour constituer votre dossier ?

**□** Oui, date du 1er rendez-vous : **□** Non

Si Non, merci de contacter le plus rapidement possible notre service administratif **centre Rabelais 01 48 89 82 28 – louise Michel 01 48 81 55 96   
mail : selectiondeap.louisemichel@gretamti94.fr**

Rappel : Vous devez constituer votre dossier au plus vite pour tenir compte des délais de traitement des organismes financeurs

**7 PIECES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER (dans l’ordre)**

**IMPORTANT :**

* **Cochez les cases des documents fournis correspondant aux particularités de votre candidature.**
* **Relisez attentivement la liste des documents à fournir.**
* **Lors de la constitution de votre dossier numérotez les pièces et joignez les dans l’ordre du tableau ci-dessous**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Une photocopie de la pièce d'identité recto-verso  Les titres de séjour pour les ressortissants hors UE doivent être valides pour toute la période de formation | **** | DOSSIER COMPLET   * OUI * NON |
| 2. Une lettre de motivation manuscrite | **** |
| 3. Un curriculum vitae (CV) | **** |
| 4. Un document manuscrit relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce  document n’excède pas deux pages. | **** |
| 5. Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes obtenus ou titre traduits en français | **** |
| 6. Le cas échéant, la photocopie de ses relevés de résultats et appréciation ou bulletins scolaires | **** |
| 7. Selon la situation du candidat la copie des attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l’employeur | **** |
| 8. Le cas échéant et uniquement pour les rentrées de septembre 2020 et de janvier 2021 une attestation de suivi de préparation au concours d’aide-soignant(e) ou d’auxiliaire de puériculture au cours de l’année 2019 2020 | **** |
| 9. Autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive…) en lien avec la profession d’aide-soignant(e) ou d’auxiliaire de puériculture. | **** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. Justificatif de domicile à votre nom (facture EDF, France Telecom, | **** |  |
| taxe foncière…) Ou attestation d’hébergement manuscrite |
| B. Photocopie d’une notification Pôle Emploi de moins de trois mois | **** | DOSSIER |
| C. Fiche de liaison pour les candidats âgés de moins de 26 ans inscrits en | **** | COMPLET |
| mission locale |  |
| D. Photocopie de l’attestation CPAM (Sécurité Sociale) | **** |  OUI |
| E. 3 enveloppes autocollantes à fenêtre (110 x 220) **ET** 3 timbres au tarif |  |
| **** |  NON |
| en vigueur. |
| **Ne pas les coller sur les enveloppes/ne rien écrire sur les enveloppes** |  |  |
| F. 2 photos d’identité récentes avec vos noms au dos)  **dont une est à coller dans le cadre de ce dossier** | **** |  |

**L’admission définitive est subordonnée :**

1. A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d’un certificat médical émanant d’un médecin agréé attestant que le candidat n’est atteint d’aucune affection d’ordre physique ou psychologique incompatible avec l’exercice de la profession à laquelle il se destine datant de 3 mois.

La liste des médecins agréés est disponible à l’adresse suivante :

https[://w](http://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france)ww[.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france](http://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france)

1. A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d’un certificat médical attestant que vous êtes à jour des vaccinations obligatoires (DT Polio, BCG et dernier test tuberculinique, Hépatite B et sérologies)

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

* Je donne mon accord pour la collecte et l'exploitation de mes données personnelles. J’ai bien noté que je peux demander la rectification ou la suppression de ces données à tout moment.

Je soussigné(e) certifie sur l’honneur

l’exactitude des renseignements et documents fournis et pose ma candidature pour entrer en formation sur une session en 2020.

Date et signature :

**10 ACCUSE DE RECEPTION DU DOSSIER**

Nous accusons réception de votre dossier de candidature aux épreuves de sélection pour l'entrée en école d’Auxiliaire de puériculture le :

Pour recevoir l'accusé réception de votre dossier par courrier, merci de bien vouloir inscrire votre nom et votre adresse complète à l'endroit prévu, et nous retourner ce document avec votre dossier d'inscription.

AUCUNE CONFIRMATION D'INSCRIPTION NE SERA DONNEE PAR TELEPHONE.

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT ET A JOINDRE A VOTRE DOSSIER**

Greta MTI 94 – Lycée Louise Michel 7 rue Pierre Marie Derrien

94500 CHAMPIGNY SUR MARNE

NOM PRENOM :

Adresse : Suite adresse :

Code postal et Ville :

  

**MODALITES D’ADMISSION**

Dossier destiné à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat

(Article 13 de l’arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d’admission aux formations conduisant aux diplômes d’Etat d’aide-soignant et d’auxiliaire de puériculture).

**LES ATTENDUS ET CRITERES NATIONAUX**

*(Annexe de l’arrêté du 07 avril 2020 relatif aux modalités d’admission aux formations d’admission aux formations conduisant aux diplômes d’Etat d’aide-soignant et d’auxiliaire de puériculture).*

|  |  |
| --- | --- |
| **ATTENDUS** | **CRITERES** |
| Intérêt pour le domaine de l’accompagnement et de l’aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité | Connaissances dans le domaine sanitaire, médico- social, social ou sociétal |
| Qualités humaines et capacités relationnelles | Aptitude à faire preuve d’attention à l’autre, d’écoute et d’ouverture d’esprit |
| Aptitude à entrer en relation avec une personne et à communiquer |
| Aptitude à collaborer et à travailler en équipe |
| Aptitudes en matière d’expression écrite, orale | Maîtrise du français et du langage écrit et oral |
| Pratique des outils numériques |
| Capacités d’analyse et maîtrise des bases de l’arithmétique | Aptitude à élaborer un raisonnement logique à partir de connaissances et de recherches fiables |
| Maîtrise des bases de calcul et des unités de mesure |
| Capacités organisationnelles | Aptitudes d’observation, à s’organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail |