



DOSSIER D'INSCRIPTION

formation-professionnelle.ufcv.fr

Dossier à retourner complet à l'Ufcv, avec les pièces à fournir, pour le :

Tout dossier incomplet sera automatiquement rejeté

* Cocher la case correspondante ** Écrire en CAPITALES

Session

Diplôme ou
Titre professionnel :

Dates extrêmes : du _____ au _____ Lieu _____

Identité

* Madame Monsieur

**NOM de naissance _____

**Prénom _____

**NOM marital _____

**Adresse _____

Code postal _____

**VILLE _____

Téléphone mobile _____

Téléphone fixe _____

** Courriel _____

Date de naissance _____

Lieu + N° département _____

N° sécurité sociale _____

Nationalité _____

Adresse de votre sécurité sociale _____

NOM et N° de téléphone mobile de la personne à
contacter en cas d'urgence _____

Parcours de formation

Parcours dans l'animation

<input type="checkbox"/> BAFA	<input type="checkbox"/> BAFD	<input type="checkbox"/> CQP Animateur périscolaire
<input type="checkbox"/> BAPAAT, spécialité		<input type="checkbox"/> BEATEP, spécialité
<input type="checkbox"/> BEES, spécialité		<input type="checkbox"/> BPJEPS, spécialité
<input type="checkbox"/> validation partielle, diplôme et spécialité		
UC validées	<input type="checkbox"/> UC1 <input type="checkbox"/> UC2 <input type="checkbox"/> UC3 <input type="checkbox"/> UC4 <input type="checkbox"/> UC5 <input type="checkbox"/> UC6 <input type="checkbox"/> UC7 <input type="checkbox"/> UC8 <input type="checkbox"/> UC9 <input type="checkbox"/> UC10	
<input type="checkbox"/> PSC1 / AFPS <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____		

Parcours scolaire

<input type="checkbox"/> BREVET des collèges	<input type="checkbox"/> CAP, spécialité
<input type="checkbox"/> BEP, spécialité	<input type="checkbox"/> BAC, spécialité
<input type="checkbox"/> ETUDES SUPERIEURES, diplôme le plus élevé, spécialité	
<input type="checkbox"/> Autre diplôme, le plus élevé (préciser) _____	

Situation au regard de l'emploi

<input type="checkbox"/> Vous exercez actuellement une activité salariée	<input type="checkbox"/> en CDD	date de début du contrat _____
		date de fin du contrat _____
<input type="checkbox"/> Votre profession :	<input type="checkbox"/> en CDI	
<input type="checkbox"/> NOM de votre structure employeuse** :		
Coordonnées :		
Représentée par** (NOM, Prénom et fonctions dans la structure)		

Situation(s) particulière(s)

<input type="checkbox"/> Vous êtes demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> percevant l'allocation de base	<input type="checkbox"/> bénéficiaire de l'A.R.E.
Préciser la date de votre dernière inscription à Pôle Emploi :		
<input type="checkbox"/> Vous avez moins de 26 ans et vous êtes suivi par la Mission Locale :		
<input type="checkbox"/> Vous êtes bénéficiaire du RSA	<input type="checkbox"/> Vous détenez la reconnaissance de travailleur handicapé. Joindre l'avis médical à suivre la formation en alternance.	
	Au titre de cette reconnaissance, percevez-vous l'AAH ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

* Cocher la case correspondante ** Écrire en CAPITALES

Plan de financement de la formation

* Si accord de prise en charge de la part d'un tiers (employeur, Opcsa, institutionnel...). Joindre une attestation signée de sa part, stipulant le montant de la prise en charge.

* Envisagez-vous d'autres pistes ? Si oui lesquelles et quelles ont été vos démarches ?

Structure de formation en milieu professionnel

* NOM :

Coordonnées :

Représentée par (NOM, Prénom et fonction dans la structure)

Tuteur pressenti (NOM, Prénom et fonction dans la structure et diplôme)

Pour mémoire : dans le cadre de votre alternance vous devez être accompagné par un tuteur. Ce dernier doit soit posséder une grande expérience dans le domaine professionnel du diplôme, soit être titulaire d'un diplôme de niveau au moins équivalent au diplôme auquel vous vous inscrivez.

* Si vous ne possédez pas de structure d'alternance, quelles sont vos pistes de recherche ?

Autorisations

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS : les informations communiquées sont indispensables à la prise en compte de votre demande. Elles donnent lieu à l'exercice du droit à l'accès et de rectification dans les conditions prévues par la loi informatique et libertés.

J'autorise l'Ufcv à utiliser mes Noms, adresse, numéros de téléphone et courriel à d'autres fins que celui de la gestion administrative de mon dossier. * OUI * NON

DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'Ufcv à utiliser les photographies sur lesquelles j'apparais dans les supports d'information et de promotion des activités de l'Ufcv : catalogues, journal d'information, brochures, affiches, Cd-Rom, sites officiels Ufcv et toute autre publication que l'Ufcv estimera utile à sa communication. * OUI * NON

L'Ufcv s'interdit formellement toute cession ou vente de ces données à des tiers.

Engagement

«Je certifie exacts et complets les renseignements me concernant.»

Fait à,

le

«Lu et approuvé». Signature

* Cocher la case correspondante ** Écrire en CAPITALES

**Une convocation vous sera transmise,
à réception du dossier d'inscription complet et du plan de financement finalisé.**

Renseignements et démarches

Partie réservée à l'Ufcv

Stagiaire	Financement
N° inscription :	N° de tiers 1 :
N° stagiaire :	N° de tiers 2 :
N° de tiers :	N° de tiers 3 :
N° JSCS :	