

DOSSIER D'INSCRIPTION 2023 Préqualification aux métiers de la santé

CONDITIONS D'ACCES A LA FORMATION

- Avoir 18 ans minimum à la date d'entrée en formation
- Être inscrit en tant que demandeur d'emploi
- Ne pas être titulaire d'un diplôme de niveau 4 (niveau infra BAC)

ETAT CIVIL

Nom marital : Prénom(s) :

Nom de jeune fille :

Date et Lieu de naissance : le __ / __ / ____ à

Adresse personnelle :

.....

Code Postal : Ville :

Tél. Domicile : 0262 Portable : 069

Email :

N° Sécurité Sociale : _ _ _ _ _

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :

Tél. Domicile : 0262 Portable : 069

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire Marié Concubinage Pacsé Séparé Divorcé Veuf

Nombre d'enfant(s) à charge :

RECONNAISSANCE TRAVAILLEUR HANDICAPE

OUI NON

EMAP – Ecole des Métiers à l'Accompagnement de la Personne
1 D chemin Vélia - 97432 RAVINE DES CABRIS
Tél. : 02 62 96 95 30 - **Fax** : 02 62 25 27 03 - **E-mail** : accueil@emap.re
SIRET : 440 944 544 00020 – APE 8559A

SITUATION ACTUELLE (A compléter impérativement)

DEMANDEUR D'EMPLOI

Vous êtes inscrit au Pôle Emploi depuis le : / /

Identifiant POLE EMPLOI :

Vos ressources financières :

- ARE ASS RSA AAH
 Non Bénéficiaire de minima sociaux
 Autres revenus distincts des libellés ci-dessus

AUTRE SITUATION

Précisez :

.....

PARCOURS DU CANDIDAT

→ **FORMATIONS GENERALES ET PROFESSIONNELLES**

Diplôme / Formation	Année	Diplôme obtenu	Autre validation
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

→ **EXPERIENCES PROFESSIONNELLES EN LIEN AVEC LE SECTEUR D'ACTIVITE DE LA FORMATION CHOISIE**

Fonction	Période ou durée	Nom de la Structure	Salarié ou bénévole

EMAP – Ecole des Métiers à l'Accompagnement de la Personne
1 D chemin Vélia - 97432 RAVINE DES CABRIS
Tél. : 02 62 96 95 30 - Fax : 02 62 25 27 03 - E-mail : accueil@emap.re
SIRET : 440 944 544 00020 – APE 8559A

DECLARATION DE CANDIDATURE :

Je soussigné(e), :

- ❖ Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus
- ❖ Déclare me porter candidat(e) pour la formation « Préqualification aux métiers de la santé »

Fait à, le __/__/----

Signature :

EMAP – Ecole des Métiers à l'Accompagnement de la Personne
1 D chemin Vélia - 97432 RAVINE DES CABRIS
Tél. : 02 62 96 95 30 - Fax : 02 62 25 27 03 - E-mail : accueil@emap.re
SIRET : 440 944 544 00020 – APE 8559A

Le dossier d'inscription complet doit être déposé à l'EMAP

➡ Au plus tard le 03/11/2023

TOUT DOSSIER IMCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ

<u>LISTE DES PIÈCES À FOURNIR</u>	<u>CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION</u>
	Date de dépôt : _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Une photo d'identité récente à coller sur la 1 ^{ère} page du présent dossier	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Curriculum Vitae actualisé	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lettre de Motivation manuscrite	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Attestation des périodes d'inscription Pôle Emploi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Photocopie de la carte d'identité, du passeport ou de la carte de séjour	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copie de la carte vitale ou attestation CGSS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copie d'un justificatif d'adresse (<i>si le justificatif n'est pas à votre nom, joindre une attestation d'hébergement et la copie de la pièce d'identité de l'hébergeur</i>).	<input type="checkbox"/>
<u>Si reconnaissance Travailleur Handicapé (RQTH)</u> : Attestation MDPH	<input type="checkbox"/>
	Dossier complet : <input type="checkbox"/>

EMAP – Ecole des Métiers à l'Accompagnement de la Personne
1 D chemin Vélia - 97432 RAVINE DES CABRIS
Tél. : 02 62 96 95 30 - **Fax** : 02 62 25 27 03 - **E-mail** : accueil@emap.re
SIRET : 440 944 544 00020 – APE 8559A