

Etablissement de Formation en Travail Social

DOSSIER D'INSCRIPTION 2024

Préqualification aux

Métiers de la Santé

(Sous réserve de financement par la Région Réunion)

CONDITIONS D'ACCES A LA FORMATION

- Avoir 18 ans minimum
- Être demandeur d'emploi
- Ne PAS être titulaire d'un diplôme de niveau 4 (niveau inférieur au 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

<u>Diplôme / Formation</u>	<u>Année</u>	<u>Diplôme obtenu</u>	<u>Autre validation</u>
		<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

<u>Fonction</u>	<u>Période ou durée</u>	<u>Nom de la Structure</u>	<u>Salarié ou bénévole</u>

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 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 04/11/2024

TOUT DOSSIER IMCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ

<u>LISTE DES PIÈCES À FOURNIR</u>	<u>CADRE RESERVE</u> <u>A</u> <u>L'ADMINISTRATION</u> Date de dépôt : --/--/----
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Une photo d'identité récente à coller sur la 1^{ère} page du présent dossier<input type="checkbox"/> Curriculum Vitae actualisé<input type="checkbox"/> Lettre de Motivation manuscrite<input type="checkbox"/> Attestation des périodes d'inscription Pôle Emploi<input type="checkbox"/> Photocopie de la carte d'identité, du passeport ou de la carte de séjour<input type="checkbox"/> Copie de la carte vitale ou attestation CGSS<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>). <p><u>Si reconnaissance Travailleur Handicapé (RQTH) : Attestation RQTH</u></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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