

**Dossier d'inscription
CAFERUIS 2026-2028**

**Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de
responsable d'unité d'intervention sociale**

Renseignements concernant le/la candidate

Photo

CIVILITES :

Madame/Monsieur - Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Nationalité : _____

Date de naissance : ____/____/____

Lieu et département de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

Tél. personnel : _____ E. Mail personnel : _____

Emploi occupé lors de l'entrée en formation : _____

FORMATIONS ET DIPLOMES

- ☐ Niveau d'études : _____
- ☐ Diplômes obtenus (du plus récent au plus ancien) : _____

Diplôme :	Lieu	Année :

- ☐ Formations complémentaires :

Intitulé :	Lieu et organisme	Année :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Situation actuelle :

(Merci de cocher la case correspondant à votre situation)

- ☐ Activité salariée

Identification de l'employeur

Raison sociale : _____

Type d'établissement ou de service : _____

Adresse de l'établissement : _____

Tél. de l'établissement : _____ E. mail de l'établissement : _____

☐ En cours de formation

Discipline et diplôme préparé _____

☐ En recherche d'emploi

☐ Autre _____

Parcours professionnel

Nombre d'années d'exercice dans le secteur social ou médicosocial _____

Nombre d'années d'exercice dans une fonction d'encadrement : _____

Modalités financières

Merci d'indiquer le mode de prise en charge prévu pour le financement de la formation

MODE DE PRISE EN CHARGE	MONTANT MOBILISE
<input type="checkbox"/> PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES Nom de l'établissement financeur : (Si différent de l'établissement du stagiaire) Adresse : Contact : Téléphone : Mail :	(Joindre l'attestation ci-dessous complétée par l'employeur)

<input type="checkbox"/> PROJET DE TRANSITION PROFESSIONNELLE Région de référence transition pro : Numéro de dossier : Nom et coordonnées du contact	(joindre justificatif)
<input type="checkbox"/> COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF) Numéro de dossier :	(indiquez le montant)
<input type="checkbox"/> AUTO - FINANCEMENT <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partiel Un échancier peut être mis en place avec le stagiaire sur demande.	(indiquez le montant)

Attestation de prise en charge financière -A remplir par l'employeur

Je soussigné(e) Mme/Mr _____	
Fonction : _____	
Téléphone : _____ E-Mail : _____	
Atteste la prise en charge des frais de formation de :	
Mme/Mr _____	
pour un montant de _____ €	
Fait à : _____ Le : _____	
Signature et cachet de l'employeur :	

RAPPEL des prérequis (arrêté 31/08/2022) :

- Justifier d'un diplôme délivré par l'Etat visé à l'article L. 451-1 du code de l'action sociale et des familles classé au moins au niveau 5 du cadre national des certifications professionnelles
- Justifier d'un diplôme, certificat ou titre inscrit au répertoire national des certifications professionnelles classé au moins au niveau 6 du cadre national des certifications professionnelles ;
- Justifier d'un diplôme délivré par l'Etat ou d'un diplôme national ou d'un diplôme visé par le ministre chargé de l'enseignement supérieur, sanctionnant un niveau de formation correspondant au moins à deux ans d'études supérieures, ou d'un diplôme, certificat ou titre inscrit au répertoire national des certifications professionnelles classé au niveau 5 du cadre national des certifications professionnelles ; (expérience professionnelle de deux ans)
- Justifier d'un diplôme délivré par l'Etat visé par l'article L. 451-1 du code de l'action sociale et des familles classé au niveau 4 du cadre national des certifications professionnelles. (expérience professionnelle de quatre ans)
- L'expérience professionnelle doit être réalisée dans tout organisme public ou privé relevant du secteur de l'action sociale, médico-social, éducatif, santé ou de l'économie sociale et solidaire.

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- ❖ Votre projet professionnel (qui servira de guide d'entretien)
- ❖ Curriculum vitae
- ❖ Photocopie de la carte d'identité, ou du passeport, ou de la carte de séjour
- ❖ Copies des diplômes
- ❖ Justificatif de statut (certificat de travail, attestation de l'employeur...)
- ❖ 100€ au titre des frais de dossier et de sélection (par chèque)

Fait à Le.....

Signature

A renvoyer par mail ou par courrier : Centre de formation SAINT HONORE/Formation des cadres :

42/44 Rue de Romainville 75019 PARIS

Email : sthoformation@stho.org

Renseignements : Tél : 01. 42. 88. 76. 48

stho.org

42-44 rue de Romainville, 75019 Paris | 01 42 88 80 80 / Association Loi 1901 | N° Siret 784 662 736 00031 |
Code APE 8559B