

## 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

##### **CIVILITES :**

Photo

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 médico-social \_\_\_\_\_

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

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

**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](mailto: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