

**DOSSIER DE CANDIDATURE ET DE
POSITIONNEMENT PREALABLE**

2026

A retourner à :
EXCLUSIVEMENT PAR MAIL
sthofromation@stho.org

Mettre sur cet
emplacement
une photo

**En format
JPG ou
l'envoyer en
fichier joint**

NOM – PRENOM :

Date de promotion choisie : _____/_____/_____

Merci de remplir précisément chacune des rubriques

Directeur/trice d'Organisations sociales – DOS –

Niveau 7 - En partenariat avec l'Université Paris-Est Créteil (UPEC)

Master 2 Sciences Humaines et Sociales

Mention Intervention et Développement social – IDS

Parcours Directeur/trice d'Organisation Sociale – DOS

Directeur/trice d'Organisations Sociales –DOS

Niveau 6 - En partenariat avec l'Université Paris-Est Créteil (UPEC)

Master 1 Sciences humaines et sociales

Mention Intervention et Développement social

Parcours Directeur/trice d'Organisation Sociale – DOS niveau 6

STHO - UPEC - Formation dans les locaux de STHO à Paris et de l'UPEC

Version allégée pour les titulaires du CAFERUIS

DOSSIER ADMINISTRATIF

Parcours demandé

- DOS - MASTER 1 Parcours complet Parcours allégé
- DOS - MASTER 2

Pièces à joindre au dossier

- Une photo supplémentaire en format JPEG
- Un curriculum vitae détaillé
- Photocopies des diplômes les plus élevés
- Certificat de travail du dernier employeur
- Photocopie de la pièce d'identité

Identification du stagiaire

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 : _____

<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 échéancier 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 :

DOSSIER DE POSITIONNEMENT PRÉALABLE

Fonction actuelle

Décrivez le plus précisément possible la nature des différentes activités et missions que vous effectuez dans le cadre de votre fonction actuelle

Quelles sont vos motivations pour intégrer cette formation

Dans le cas d'une demande d'allègement ou de dispense, merci de préciser vos compétences et/ou diplôme justifiant votre demande.

POUR RAPPEL : La dispense entraîne la validation du domaine ou d'une partie des compétences correspondant sans avoir à passer les épreuves de certification s'y rapportant

L'allègement permet de diminuer la durée de formation du domaine de compétence concerné, mais ne dispense pas des épreuves de certification

Cette formation pouvant être réalisée en partenariat, j'accepte que mes données soient communiquées aux partenaires.

Fait à :

Le

Signature du stagiaire :

ANALYSE DU PARCOURS PROFESSIONNEL

Partie réservée à STHO et remplie conjointement avec le stagiaire lors de l'entretien de positionnement préalable.

Adéquation avec les prérequis (Cf plaquette de présentation de la formation :

Expériences professionnelles ou extraprofessionnelles en lien avec le métier ou la fonction visé(e) :

Compétences acquises transférables :

Compétences à acquérir/renforcer :

Informations complémentaires (*Travaux personnels : publications –Etudes-Enquêtes...*)

Commentaires :

RESULTAT

- Date de l'entretien et/ou de la commission de sélection :**
- Admis en formation**
 - Version complète version allégée
- Admis sous conditions suivantes** (formations complémentaires, stage...) :
- Admis sous réserve de validation par la commission VAP de l'université**
- Non Admis** (précisez les raisons) :

Bilan réalisé le :

Par : Nom, prénom :

Fonction :

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