

**VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT**

AS

AP

DOSSIER D'INSCRIPTION

Nom : _____ Nom marital ou d'usage : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____ Lieu et département : _____
Nationalité : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tél fixe : |__| |__| |__| |__| |__| | Portable : |__| |__| |__| |__| |__| |
Mail : _____

Employeur (Nom et adresse) _____
_____ Téléphone : _____
Fonction : _____ Horaires de travail : _____

Avis de recevabilité - Date de la décision : _____

Numéro de référence ASP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de l'entretien préalable : __/__/__ Responsable VAE _____

Nombre de compétences à valider : _____

Engagement : je certifie exacts tous les renseignements figurant sur cette fiche d'inscription. Je reconnais être informé(e) que toute fausse déclaration entraînera automatiquement l'annulation de cette inscription. Je reconnais que **les frais de dossier restent acquis à l'Institut en cas d'annulation d'inscription**.
J'accepte sans réserve le règlement qui régit la formation.

Date et signature du candidat, précédé de la mention « **lu et approuvé** »

Le |__| |__| |__| | A : SIGNATURE :

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- Copie de l'avis de recevabilité
- Photo d'identité (*à agraffer sur la première page*)
- Copie de la carte nationale d'identité (recto-verso) ou passeport en cours de validité
- Curriculum vitae (CV détaillé)
- Copie des diplômes*
- Règlement des frais de dossier de **50 €** (*si pas pris en charge*)
- Règlement du coût pédagogique
 - ☞ **800.00 €** (*module de 70 heures*)
 - ☞ **1320.00 €** (*accompagnement 24h*)
 - ☞ *Chèques à libeller à l'ordre de la Croix-Rouge Française*
 - OU**
 - ☞ **Copie de l'accord de prise en charge**

*Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (DEAP) - Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant (DEAS) - Diplôme d'Etat d'Ambulancier (DEA ou CCA) - Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) - Mention Complémentaire d'Aide à Domicile - Certificat d'Aptitude aux fonctions d'Aide Médico-Psychologique (AMP) - Titre Professionnel d'Assistant(e) de Vie aux familles (TPAVF)

ACCOMPAGNEMENT 24 HEURES

DATES FORMATION	A fixer en collaboration avec le stagiaire
LIEU FORMATION	IRFSS AUVERGNE-RHONE ALPES – site de Grenoble 66 avenue Rhin et Danube 38100 GRENOBLE
TARIF	COÛT PEDAGOGIQUE = 1320€ (24 heures) FRAIS DE DOSSIER = 50 €

Prise en charge financière de la formation :

Acceptation de la prise en charge (joindre une copie)

Nom de l'organisme : _____

Montant pris en charge : _____ €

CORRESPOND A : Nombre d'heures collectives : _____

Nombre d'heures individuelles : _____

S'agit-il d'une prise en charge :

Employeur

Pôle emploi

OPCA Nom : _____

Si OPCA UNIFAF, dans le cadre du DSB

Observations :

ENGAGEMENT STAGIAIRE

« Toute séance annulée à l'initiative du candidat est due et le temps d'accompagnement n'est pas récupérable, à l'exception d'événement grave et/ou sur justificatif d'absence pour : enfant malade, arrêt maladie, accident du travail, congés maternité... »

Le stagiaire écrit en toutes lettres :

Je m'engage à :

1/ effectuer les travaux personnels demandés en intersession.

2/ respecter le calendrier (dates et heures de rendez-vous) établi contractuellement avec l'accompagnateur.

Fait à :

Date :

Signature du candidat :