

Coller ici  
votre photo  
d'identité

Nom de **NAISSANCE** :

Nom d'**USAGE** :

Prénom :

## DOSSIER D'INSCRIPTION

Veillez cocher votre site de formation

- LYON  
 VALENCE

## CERTIFICAT DE SPECIALITE COMPLEMENTAIRE AU DE AES 2021

Du 1<sup>er</sup> février au 22 octobre 2021

### Merci d'indiquer les spécialités par ordre de préférence (1 à 3)

- Spécialité 1 : Accompagnement de la vie en structure collective
- Spécialité 2 : Accompagnement de la vie à domicile
- Spécialité 3 : Accompagnement à l'Education Inclusive et à la Vie Ordinaire  
(**uniquement à Valence** en formation continue)

**NOM :** ..... **Prénom:** .....

*A remplir par le candidat en **lettres majuscules***

## DOSSIER D'INSCRIPTION CERTIFICAT DE SPECIALITE COMPLEMENTAIRE DEAES

NOM DE FAMILLE (nom de naissance) : .....

NOM D'USAGE : .....

PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

VILLE de naissance : ..... Dpt de naissance : ..... Pays de naissance : .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....  
.....

TEL : ..... E mail : .....

## SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

### DEMANDEUR D'EMPLOI

Etes-vous inscrit à Pôle Emploi ?  OUI  NON

Si oui, êtes-vous indemnisé ?  OUI  NON

N° Identifiant Pôle Emploi .....

Date de fin d'indemnisation.....

Joindre une copie de l'avis de situation Pôle Emploi

Si non, êtes-vous inscrit en Mission Locale ?  OUI  NON

### SALARIE

Emploi occupé : .....

Nature du contrat de travail :

CDI  CDD dates de début et de fin .....

Autre  
.....

Temps plein  Temps partiel : durée hebdomadaire .....

### RAISON SOCIALE DE L'EMPLOYEUR.....

Adresse .....

Tél..... Email.....

Nom/Prénom/Tél/Email de l'interlocuteur Formation/RH .....

LIEU DE TRAVAIL (si différent)

Adresse ..... Tél..... Email.....

**AUTRE SITUATION** (à préciser) .....



NOM : ..... Prénom : .....

A remplir par le candidat en **lettres majuscules**

## PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

### Comment envisagez-vous de financer la formation ?

Pensez à activer votre « compte de formation » depuis le lien suivant  
<https://www.moncompteformation.gouv.fr/espace-prive/html/#/>  
Vous pourrez ainsi vérifier et mobiliser le montant CPF déjà acquis.  
Ce montant pourra venir en complément d'autres financements

Vous êtes salarié en CDI, CDD, intérim :

- Votre employeur peut financer la formation (Plan de Développement des compétences, Pro A,....)
- Vous pouvez mobiliser votre Compte Personnel de formation
- Vous souhaitez changer de métier, vous pouvez monter un dossier de Projet de Transition Professionnelle (ex CIF)

### EN TANT QUE SALARIE DANS LE CADRE DE LA FORMATION CONTINUE

**CPF DE PROJET DE TRANSITION PROFESSIONNELLE** (ex Congé Individuel de Formation) : plus de renseignement sur les liens suivants :

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14018>

<https://www.transitionspro-ara.fr/je-suis-un-e-salarie-e/cpf-ntp-salarie/>

**CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE (FONCTION PUBLIQUE)**

**DISPOSITIF PRO-A**.....

### AUTRE PRISE EN CHARGE

**PERSONNELLE** .....

**Autre – Précisez laquelle** .....

Date :

Signature :



## L'ESSSE est agréée H+

L'ESSSE est un établissement signataire de la charte pour l'accueil en formation des personnes en situation de handicap. Votre parcours de formation peut faire l'objet d'aménagement.

Nous proposons un accompagnement spécifique aux personnes en situation de handicap. Si vous êtes en situation de handicap, vous pouvez bénéficier d'aménagement durant votre parcours de formation.

Une référente « H+ » est à disposition apprenants entrés en formation qui le souhaitent.

Vous êtes concerné(e) et vous souhaitez un échange afin d'envisager d'éventuelles adaptations de la formation.

Merci de prendre contact par mail avec la Référente H+ site de Lyon : [hebert@essse.fr](mailto:hebert@essse.fr)

Merci de prendre contact par mail avec la Référente H+ site de Valence : [bernard@essse.fr](mailto:bernard@essse.fr)

**Si vous êtes concerné(e) par une demande de Tiers temps, merci de remplir la partie ci-dessous :**



### DEMANDE D'UN TIERS TEMPS POUR L'ÉPREUVE ORALE DE CERTIFICATION

Je soussigné(e) : ..... demande à bénéficier  
d'un tiers temps pour l'épreuve orale de certification

A ..... le ..... / ..... / .....

Signature du candidat

**La Région**   
Auvergne-Rhône-Alpes

