

## DOSSIER D'INSCRIPTION

## OASIS HANDICAP PRE QUALIFICATION AUX FORMATIONS DU TRAVAIL SOCIAL

NOM :

PRENOM :



*L'ESSSE est agréée H+. Cela signifie que nous proposons un accompagnement spécifique aux personnes en situation de handicap. Si vous êtes concerné(e) et que vous souhaitez un échange afin d'envisager d'éventuelles adaptations de la sélection/formation, merci de prendre contact par mail avec la Référente H+ [hebert@esse.fr](mailto:hebert@esse.fr)*

Le sémaphore - 20 rue de la Claire - CP 320 - 69337 Lyon cedex 09  
Tél. : 04 78 83 40 88 - Fax. : 04 78 64 64 29 - [contact@esse.fr](mailto:contact@esse.fr)

[www.esse.fr](http://www.esse.fr)

PHOTO

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### ETAT CIVIL

**NOM :** Mme / Melle / Mr ..... **Prénom :**.....

**Date de naissance :** ..... **Age :** .....

**Adresse actuelle :** .....

.....

**E.mail :** .....

**Téléphone fixe :** .....

**Portable :** .....

### DIPLOMES

Diplôme(s) obtenu(s) et date(s) d'obtention :.....

Le(s) Métiers du social pressenti(s) :.....

Vos expériences personnelles et professionnelles en rapport avec le travail social :.....

.....

.....

.....



## SITUATION ACTUELLE

### Salarié(e)

Type de contrat : CDI   
CDD  du ..... au .....  
Autres : .....

Coordonnées de votre employeur :

Raisons sociale.....

Adresse.....

Nom Prénom du responsable .....

Fonction.....

Tel..... Mail.....

Effectuez-vous la formation pendant votre temps de travail   
en dehors votre temps de travail

### Demandeur d'emploi indemnisé

Inscrit(e) au Pôle Emploi  oui  non

N° identifiant : .....

- En A.R.E. (aide au retour à l'emploi) Droits Pole Emploi ouverts jusqu'au : .....
- Nous fournir l'attestation de situation de Pôle Emploi téléchargeable depuis votre espace*
- En A.S.S (Allocation de Solidarité Spécifique) : .....
  - Au R.S.A. (Revenu de Solidarité Active) : .....

### Demandeur d'emploi non indemnisé



## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

Les éventuels aménagements à prévoir pour favoriser votre accueil lors du positionnement :

.....

Nom du référent prescripteur : .....

Organisme : .....

Téléphone/ Mail : .....

