

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2023 / 2024

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION D'AIDE SOIGNANT

INFORMATIONS ET CONSIGNES

(A lire attentivement)

Adresser par courrier en recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante :

Campus des Métiers de la Santé
EPSM Val de Lys Artois
20, rue de Busnes
62350 SAINT VENANT.

Le lundi 24 juillet 2023 au plus tard.



**Tout dossier incomplet ne sera pas accepté et
l'inscription sera refusée.**

Le dossier doit être imprimé exclusivement EN RECTO.

Les dates à retenir sont :

- La pré-rentree est fixée au jeudi 31 août 2023 à 9h
- L'entrée en formation est fixée au lundi 4 septembre 2023 à 8h30

Pièces à joindre obligatoirement au dossier

- Les **fiches de renseignements** dûment complétées (**annexe 1**).
- Une **photocopie** de :
 - ✓ votre carte d'identité ou votre passeport en cours de validité, (recto/verso en couleur),
 - ✓ votre carte vitale,
 - ✓ votre AFGSU de niveau 2 (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) pour les personnes concernées.
- La **déclaration** relative au **financement** de la formation. (**annexe 2**).
- Une **attestation** d'assurance « responsabilité civile »
- L'**autorisation** d'exploitation d'images (**annexe 3**).
- Un **certificat médical**, émanant d'un médecin agréé, attestant que vous ne présentez pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession (**annexe 4**).
- Un **certificat médical de vaccinations**, conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, pouvant être complété par le médecin traitant. (**annexe 5**).
- Une copie du **carnet de vaccinations**.
- **Uniquement** pour les étudiants mineurs à la date de la rentrée de septembre 2023 (**annexe 6**).
- Une copie du **baccalauréat** ou du relevé de notes pour les bacheliers.
- La « **FICHE D'IDENTIFICATION STAGIAIRE - ARGOS** » dûment complétée.
- La « **Demande d'admission au bénéfice des rémunérations des stagiaires de la formation professionnelle** » UNIQUEMENT pour les personnes inscrites à pôle emploi et ne percevant pas l'ARE (Allocation Retour à l'Emploi).
- La fiche d'« **identification du candidat** » dûment complétée (DREETS).
- Créer une adresse mail obligatoirement, sous le format suivant : **nom.prenom2023@fournisseur d'accès.fr** ou **nom-prenom2023@fournisseur d'accès.fr**

COÛT ET FINANCEMENT DE LA FORMATION



Coût pédagogique annuel (CURSUS COMPLET)	7 250 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – DEAP (2006)	3 100 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – DEAP (2021)	2 110 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – Bac ASSP (2011)	3 495 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – Bac SAPAT (2011)	4 815 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) - ADVF	5 340 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – ASMS	5 670 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – DEAS (2021)	4 286 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – DEAS (2016)	5 210 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – ARM (2019)	5 210 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – Ambulancier (2006)	5 407 €

PUBLICS NON-ÉLIGIBLES AU FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE

Le financement de la formation des publics NON-ÉLIGIBLES peut être pris en charge par :

L'employeur : pour les salariés du secteur public (y compris en disponibilité) et privé.

Un Opérateur de Compétences (OPCO) : pour les salariés en Congé de Formation.

L'étudiant : financement personnel.

PUBLICS ÉLIGIBLES AU FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE

Les modalités de financement de la formation s'appliquent uniquement à :

- Toute personne admise dans un institut de formation autorisé et financé par la Région Hauts de France et ce, quelle que soit son origine géographique.
- Toute personne remplissant les conditions de nationalité : français ou ressortissant d'un pays de l'Union Européenne ou étrangers avec un titre de séjour valide avec autorisation de travail couvrant l'intégralité **du cycle de formation**, jusqu'au passage de l'examen

FINANCEMENT RÉGIONAL

La Région Hauts de France finance les parcours de formation des personnes répondant aux statuts suivants à la date de clôture des dossiers d'inscription aux épreuves de sélection :

STATUT	CONDITIONS	JUSTIFICATIFS A FOURNIR A L'INSTITUT
Les élèves ou étudiants	Les élèves ou étudiants <u>en poursuite d'études sans interruption</u> quelles que soit le niveau de formation initial (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiants)	Certificat de scolarité de l'année N
	Les élèves ou étudiants avec interruption de scolarité quel que soit le niveau de formation initial à savoir :	Certificat de scolarité de l'année N-1
	➤ Les jeunes de moins de 26 ans ayant achevé leur formation initiale <u>moins d'un an</u> avant le démarrage de la formation, inscrit ou non à la mission locale ➤ Les élèves ou étudiants dont le service civique a débuté <u>moins d'un an</u> après la fin de formation initiale et s'est achevée dans un délai d'un an avant l'entrée en formation	Certificat de scolarité de l'année N-1 Attestation de service civique
Les demandeurs d'emploi inscrits à Pole Emploi, indemnisés ou non par l'Assurance Chômage	➤ Sans contrat de travail, avec ou sans indemnisation de Pole Emploi ➤ Contrat à durée déterminée (CDD) ➤ Contrat à durée indéterminée (CDI) de moins de 20h par semaine ➤ Contrat de travail temporaire ➤ Licenciement (hors abandon de poste sans contrat de sécurisation intervenant après la date de clôture des inscriptions aux épreuves de sélection)	Un justificatif de Pole Emploi Copie du contrat de travail Justificatif de Licenciement
	Démission d'un CDI uniquement dans le cadre de démissions légitimes conformément à l'accord d'application relatif à l'assurance chômage en vigueur ➤ Les travailleurs indépendants répondant aux conditions d'indemnisation par le régime d'assurance chômage à compter du 01/11/2019 ➤ Les salariés du secteur privé ➤ Les salariés du secteur public employant des salariés en CDI de droit privé ➤ Les salariés entrant dans le cadre de dispositif « démission reconversion »	Un justificatif de Pole Emploi Un justificatif du dispositif de démission reconversion

BOURSE RÉGIONALE

Toute demande de bourse devra être saisie sur la plateforme régionale des bourses d'études sanitaires et sociales de juin à novembre 2023.

L'adresse de connexion est : <https://aidesindividuelles.hautsdefrance.fr>

Contacts : numéro vert 0 800 026 080 – Courriel : bess@hautsdefrance.fr

TENUE PROFESSIONNELLE

L'instruction ministérielle N° DGOS/RH1/2020/155 du 9 septembre 2020 impose aux établissements accueillant des étudiants et élèves en santé non-médicaux en stage, la mise à disposition et l'entretien de tenues professionnelles.

Tous les établissements partenaires ne sont pas en capacité de mettre en œuvre cette instruction.

Afin que les conditions requises en stage et en laboratoire soient respectées, l'achat d'une ou plusieurs tenues professionnelles est donc vivement recommandé.

Je vous invite à prendre contact entre le : **01/08/2023** au **23/09/23** auprès de la société Work Shop afin de fixer un RDV pour l'essayage des tenues, l'adresse est la suivante :

Work Shop
Parc d'activité du Moulin
Rue des Epis
62660 BEUVRY
Tél : 03.21.57.07.06

Work Shop
9 A rue des paquerettes
62217 BEAURAINS
Tél : 03.74.39.19.30



RESTAURATION

Les élèves ont la possibilité de se restaurer au Self de l'EPSM. Le prix unitaire du ticket « étudiant » s'élève à 3 euros.

La vente de tickets a lieu du lundi au vendredi de 9 h 00 à 12 h 00 (Service Gestion des Biens situé à l'entrée de l'EPSM).

Possibilité de se restaurer au Self de l'EPSM le jour de la pré-rentrée. Vous pourrez acheter des tickets le jeudi 31 août (prévoir un chèque ou faire l'appoint en liquide pour le nombre de tickets souhaités).

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – A.S.

NOM DE NAISSANCE : Prénom(s) :

NOM D'USAGE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

Situation familiale : Sexe : ☐ F ☐ M

N° de Sécurité Sociale : ____ clé ____

Adresse de résidence durant votre formation :

.....
.....

Téléphone : Portable :

Email : @

CURSUS COMPLET ☐CURSUS PARTIEL ☐Je m'inscris en tant **qu'apprenti**OUI ☐NON ☐

Date d'obtention du Baccalauréat: Série :

Identifiant National Etudiant (INE) :

(numéro fourni à l'épreuve de français du baccalauréat, figure également sur le relevé de notes du baccalauréat)

Avez- vous une expérience en milieu hospitalier ?

Si oui :☐ en stage (précisez la formation) :☐ en contrat (précisez l'emploi) :☐ autres (précisez) :

Lieu(x) :

.....
.....

Connaissez-vous des personnes travaillant en milieu hospitalier ou en clinique ?

Si oui, indiquez l'identité de la personne, le lien de parenté et le lieu d'exercice :.....
.....
.....En cas d'urgence, prévenir :

NOM et Prénom :

Lien :

Téléphone : Portable :

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements
mentionnés sur ce document.

A le

Signature :

DÉCLARATION RELATIVE AU FINANCEMENT DE LA FORMATION

NOM : NOM d'usage (marital) :

Prénom :

Diplôme(s) : Date d'obtention :

Cocher la case correspondant à votre situation (les justificatifs demandés sont **OBLIGATOIRES**) :

- ☐ **Vous êtes élève SANS interruption de scolarité, fournir :**
 - ☐ un certificat de scolarité de l'année N.
- ☐ **Vous êtes élève de moins de 26 ans ayant interrompu votre scolarité moins d'un an, fournir :**
 - ☐ un certificat de scolarité de l'année N-1.
 - ☐ une attestation de service civique éventuellement.
- ☐ **Vous êtes demandeur d'emploi inscrit à pôle emploi, fournir :**
 - ☐ une attestation d'inscription sur la liste des demandeurs d'emploi.
 - ☐ Copie du contrat de travail éventuellement.
- ☐ **Vous êtes salarié(e), fournir :**
 - ☐ une attestation de prise en charge des frais de formation par l'employeur ou un organisme de financement.
- ☐ **Vous prenez en charge personnellement le coût de la formation, fournir :**
 - ☐ une attestation datée et signée par vos soins de prise en charge des frais de formation.
- ☐ **Autre, préciser :**

Je soussigné(e),
atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A : Le :/...../.....

Signature :

AUTORISATION D'EXPLOITATION D'IMAGES

Je soussigné(e) :

☐ Autorise

☐ N'autorise pas

Le Campus des Métiers de la Santé Val de Lys Artois à exploiter, libre de tout droit, toute image de moi-même sur tout support réalisé dans le cadre de sa mission exclusivement, notamment dans le cadre de ma scolarité (*Dossier scolaire, trombinoscope, etc...*) et de toute manifestation organisée au sein de l'établissement (*Journée portes-ouvertes, séminaire,*)

Signature de la personne concernée, précédée de la mention « lu et approuvé ».

Mention :

Fait à, le

Signature :

Référence :

- ✓ Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
- ✓ Ordonnance n° 2011-1012 du 24 août 2011 relative aux communications électroniques
- ✓ Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

CERTIFICAT MÉDICAL

Art 54 de l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des Instituts de Formation paramédicaux.

Je soussigné(e) : médecin agréé, atteste que :

NOM :

NOM de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) :

Prénom :

Date de naissance :

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession infirmière.

Date	Cachet	Signature

La liste des médecins agréés* est disponible sur le site de l'ARS à l'adresse suivante :

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/liste-des-medecins-agrees-en-hauts-de-france-0>

**la liste des médecins agréés pour la fonction publique conformément au décret n° 2013-447 du 30 mai 2013 modifiant le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.*

CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATION

NOM DE FAMILLE :

NOM D'USAGE :

(AS)

Prénom :

Date de naissance :



Les vaccinations doivent être anticipées avant l'entrée en formation.

Lors du premier stage, une attestation annotée "en cours de vaccination" ne permet pas l'entrée en stage et la formation est automatiquement suspendue.

En référence à l'arrêté du 06 Mars 2007 et du 02 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L 3.111- 4 du code de la santé publique, au décret N° 2019-149 du 27 février 2019 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG.

LOI n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire.

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

	Nombre d'injection	Date	Rappel	Date
DIPHTÉRIE-TÉTANOS-POLIOMYÉLITE	1 ^{ère}		1 ^{er} rappel	
	2 ^{ème}		2 ^{ème} rappel	
	3 ^{ème}		3 ^{ème} rappel	
HÉPATITE B	1 ^{ère}		1 ^{er} rappel	
	2 ^{ème}		2 ^{ème} rappel	
	3 ^{ème}		3 ^{ème} rappel	
	Dernier dosage d'anticorps anti HBS		Date :	Résultat :

VACCINATIONS RECOMMANDÉES

	Nombre d'injection	Date	I.D.R. Obligatoire (Valeur de référence)	
			Date	Résultat
TUBERCULOSE	1 ^{ère}			
	2 ^{ème}			
	Nombre d'injection	Date	Rappel	Date
COQUELUCHE	1 ^{ère}		1 ^{er} rappel	
	2 ^{ème}		2 ^{ème} rappel	
	3 ^{ème}		3 ^{ème} rappel	
R.O.R. Rougeole/Oreillons/Rubéole	1 ^{ère}		1 ^{er} rappel	
	2 ^{ème}		2 ^{ème} rappel	
VARICELLE	1 ^{ère}		1 ^{er} rappel	
	2 ^{ème}		2 ^{ème} rappel	
COVID-19	1 ^{ère}		1 ^{er} rappel	
	2 ^{ème}		2 ^{ème} rappel	

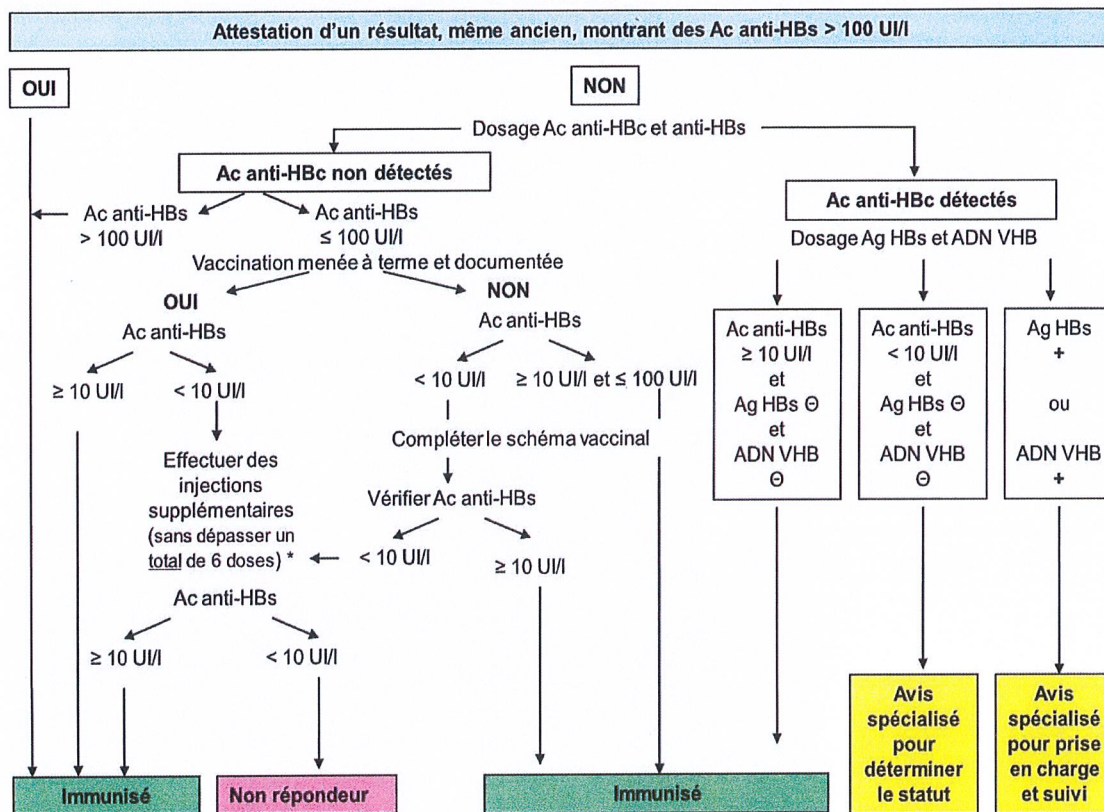
GRIPPE SAISONNIÈRE : la vaccination antigrippale reste fortement recommandée pour les professionnels de santé, étudiants en santé compris. (Note d'information N°DGS/SP1/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2018/215 du 14 septembre 2018 relative à la vaccination contre la grippe saisonnière des personnels des établissements sanitaires et médico-sociaux)

Date

Cachet

Signature

ALGORITHME POUR LE CONTRÔLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B DES PERSONNES MENTIONNÉES À L'ARTICLE L. 3111-4 ET DONT LES CONDITIONS SONT FIXÉES PAR L'ARRÊTÉ DU 2 AOÛT 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Références :

- Articles L. 3111-1, L. 3111-4 et L. 3112-1 du code de la santé publique (CSP);
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours);
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques;
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP;
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (titre III);
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP;
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. site du ministère chargé de la santé: <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>).

AUTORISATION D'EFFECTUER LES STAGES DE LA FORMATION AIDE SOIGNANT POUR UN ÉLÈVE MINEUR

LE REPRESENTANT LÉGAL DU MINEUR

Je soussigné(e),

NOM :Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Adresse mail :@

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre (précisez) :

☐ Autorise

☐ N'autorise pas

à effectuer les stages de l'année de formation Aide Soignant durant l'année universitaire 2023/2024.

☐ ma fille ☐ mon fils ☐ Autre (précisez) :

L'ÉTUDIANT MINEUR

NOM :Prénom :

Date de naissance :Lieu de Naissance :

A, le
.....

Signature de représentant légal

¹ Article 371-1 du Code Civil



Cofinancé par
l'Union européenne



INVESTIR
DANS VOS
COMPÉTENCES

ARGOS - FICHE IDENTIFICATION STAGIAIRE (V.2022-12-22)

Votre CODE Organisme >>> . Campus des Métiers de la Santé Val de Lys – Artois – Saint Venant

Numéro d'Action de Formation ARGOS >>>

Date d'entrée en parcours de formation (JJ/MM/AAA) : >>> _/ _/ _

ETAT CIVIL

Se munir du NIR du stagiaire pour l'inscription

☐ Mr ☐ Mme ☐ Mlle

HOMME ☐ FEMME ☐

NOM :

PRENOM :

Né(e) le (JJ/MM/AAA) : _/ _/ _

NOM de NAISSANCE :

PAYS de NAISSANCE :

COORDONNEES

Adresse :

Code postal : Ville : Tel :

Email * :

* Attention - cette adresse mail sera utilisée pour toutes les correspondances ultérieures que la Région engagera avec vous (exemple, pour des enquêtes futures)

FORMATION INITIALE ET CONTINUE

Quel est votre diplôme le plus élevé obtenu ?

- ☐ Sans diplôme
- ☐ Niveau1 (Cléa, MSB)
- ☐ Niveau2 (Sortie fin 3ème)
- ☐ Niveau3 (CAP /BEP)
- ☐ Niveau4 (BAC)
- ☐ Niveau5 (BAC+2, BTS/DUT)
- ☐ Niveau6 (BAC+3 – Licence/Master1)
- ☐ Niveau7 (BAC+5 – Master/Ingénieur)
- ☐ Niveau8 (BAC+8 – Doctorat)

Quelle est votre dernière classe fréquentée ?

- ☐ Classe primaire ou non scolarisé
- ☐ 6ème ou 5ème collège
- ☐ 4ème ou 3ème collège
- ☐ 1ère ou 2ème année de CAP/BEP
- ☐ Dernière année de CAP/BEP
- ☐ Classe 2nd ou 1ère lycée
- ☐ Classe terminale (BAC ou BAC Pro)
- ☐ Dernière année de BAC + 2
- ☐ Dernière année de BAC + 3
- ☐ Dernière année de BAC + 4 ou 5
- ☐ Dernière année de BAC >5

Quel est votre niveau à l'entrée en formation (*)

- ☐ Niveau 1 : CLEA, MSB
- ☐ Niveau 2 : fin d'études 3ème
- ☐ Niveau 3 : CAP, BEP
- ☐ Niveau 4 : Bac

- ☐ Niveau 5 : BTS/ DUT ou Bac + 2
- ☐ Niveau 6 : Licence, master 1= BAC + 3 et 4
- ☐ Niveau 7 : Master 2, ingénieur, DESS = Bac + 5 et 6
- ☐ Niveau 8 : Doctorat = Bac + 8

Avez-vous des difficultés pour lire et écrire au quotidien?

- ☐ Oui ☐ Non

(*) 2021 - Nouvelle nomenclature des niveaux

SANTE

Etes-vous en situation de handicap ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, avez-vous une reconnaissance officielle de handicap (attestation MDPH, allocation adulte handicapé, pension d'invalidité, carte d'invalidité...) ? ☐ Oui ☐ Non

DEPARTEMENT OU TERRITOIRE D'OUTRE-MER

Habitez-vous dans un DOM-TOM (Guadeloupe, Martinique...) ? ☐ Oui ☐ Non

FAMILLE

Vivez-vous ? ☐ Seul ☐ En couple ☐ Chez un parent

Nombre de personnes en emploi du foyer : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 et plus

Avez-vous un ou plusieurs enfants à charge ? ☐ Oui ☐ Non

Vos deux parents sont-ils nés en France ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

LOGEMENT*Vous êtes :*

- ☐ Propriétaire
☐ Locataire
☐ Autre (hébergement familial, foyer, autres....)

Avez-vous des risques de perdre votre logement ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

ORIGINE DE LA DEMARCHE DE FORMATION*Quelle est la structure qui vous a orienté vers cette formation ?*

- | | |
|--|---|
| ☐ APEC | ☐ OPACIF |
| ☐ Association d'insertion sociale | ☐ Organisme de formation |
| ☐ Cap Emploi | ☐ PLIE - MDE |
| ☐ CCAS ou UTPAS | ☐ Pôle Emploi |
| ☐ Opérateur compétences clés | ☐ Proch'Emploi |
| ☐ Démarche personnelle | ☐ Structure d'insertion par l'activité économique |
| ☐ Espace Info Formation | ☐ Universités |
| ☐ Jury post VAE | ☐ Agents Région (hors Proch'Emploi) |
| ☐ Missions Locales | ☐ EPIDE Etablissement pour l'insertion dans l'emploi |
| ☐ Conseil Départemental | ☐ Ecole de la 2ème chance |

MOYENS DE TRANSPORT*Quels moyens de transport utilisez-vous pour venir en formation ?*

- ☐ A PIED – A VELO
☐ BUS – TRAMWAY - METRO

- ☐ VOITURE – 2 ROUES MOTORISEES
☐ TRAIN

➤ TEMPS DE TRAJET (EN MINUTE) : ...

Prestation HEBERGEMENT liée à la formation*Si hébergement :**Indiquez le Code Arrondissement (liste ci-dessous) :*

AABB	Arrondissement d'Abbeville	ACHA	Arrondissement de Château-Thierry	ALIL	Arrondissement de Lille
AAMI	Arrondissement d'Amiens	ACLE	Arrondissement de Clermont	AMOD	Arrondissement de Montdidier
AARR	Arrondissement d'Arras	ACOM	Arrondissement de Compiègne	AMOT	Arrondissement de Montreuil
AAVE	Arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe	ADOU	Arrondissement de Douai	APER	Arrondissement de Péronne
ABEA	Arrondissement de Beauvais	ADKF	Arrondissement de Dunkerque-Flandre	ASTO	Arrondissement de Saint-Omer
ABET	Arrondissement de Béthune	ADKM	Arrondissement de Dunkerque-	ASTQ	Arrondissement de Saint-Quentin
ABOU	Arrondissement de Boulogne-sur-Mer	Maritime		ASEN	Arrondissement de Senlis
ACAL	Arrondissement de Calais	ALAC	Arrondissement de Laon-Chaunoy	ASOI	Arrondissement de Soissons
ACAM	Arrondissement de Cambrai	ALAL	Arrondissement de Laon-Laonnois	AVAL	Arrondissement de Valenciennes
		ALEN	Arrondissement de Lens	AVER	Arrondissement de Vervins

SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION*Etes-vous allocataire de minima sociaux ?*

- ☐ RSA - Revenu de Solidarité Active
☐ ASS - Allocation Spécifique de Solidarité

- ☐ AAH - Allocation Adulte Handicapé
☐ Non

SITUATION FACE AU MARCHE DU TRAVAIL☐ **DEMANDEUR D'EMPLOI**☐ INSCRIT à Pôle Emploi

N° Inscription (7 chiffres et 1 lettre) : _____

Indemnisation Pôle Emploi : ☐ Oui ☐ Non☐ **NON INSCRIT à Pole Emploi***Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi ?*

Nombre de mois _____

☐ **SALARIE** SIRET Employeur :➤ Catégorie Socio professionnelle

- ☐ Ouvrier non qualifié
☐ Ouvrier qualifié
☐ Employé non qualifié
☐ Employé qualifié
☐ Technicien Agent de Maîtrise
☐ Cadre

Raison sociale employeur :

➤ Type de contrat

- ☐ CDI
☐ CDD
☐ CDDI d'Insertion
☐ Contrats aidés secteur non marchand
☐ Contrats aidés secteur marchand
☐ Autres contrats aidés

➤ Temps partiel inférieur à 24 h semaine :

- ☐ Oui ☐ Non

☐ **INDEPENDANT – ARTISAN**☐ **CONGES MATERNITE CLCA**☐ **PERSONNE SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE ET NON DEMANDEUR D'EMPLOI**☐ **RETRAITE**

La Région mobilise des fonds publics pour financer votre formation, vous permettre d'améliorer vos compétences et améliorer vos possibilités de trouver un emploi. Il est donc de votre intérêt de vous investir et d'être assidus pour la réussite de cette formation.

Ces financements publics impliquent que la Région puisse évaluer la formation financée. C'est pourquoi, vous devez vous engager à utiliser les outils fournis par la Région notamment « NIVO Hauts-de-France » afin de permettre à la Région d'analyser l'efficacité de votre formation. Vous vous engagez aussi à répondre à l'enquête insertion qui a lieu 6 mois après votre sortie de formation. Cette enquête permet de vérifier la réussite de votre recherche d'emploi liée à votre formation.

L'ensemble de ces données doit permettre d'améliorer la qualité mais aussi de disposer d'une cartographie des sorties dans l'emploi suite à une formation financée par la Région.

Dans le cadre de sa mission de financement de la formation professionnelle (Article L6121-1 du code du travail), la Région recueille des informations à caractère personnel concernant les stagiaires. Ces informations font l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des parcours de formation et à l'élaboration de statistiques non nominatives. Les destinataires des données sont les services de la direction de la formation professionnelle de la Région Hauts-de-France, l'organisme dans lequel le stagiaire suit sa formation mais aussi l'Union Européenne, Pôle Emploi, l'Agence de Services et de Paiement, la Caisse des Dépôts et Consignations (pour le compte personnel de formation) et les organismes chargés par la Région Hauts-de-France d'une mission d'évaluation.

Conformément à l'article R6316-1 du code du travail sur la qualité de l'offre de formation, les données recueillies seront également utilisées de façon anonyme à des fins de suivi et d'évaluation de la qualité de l'offre de formation financée par la Région.

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification des données à caractère personnel vous concernant ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement de vos données. Vous pouvez exercer vos droits en écrivant à la direction de la formation professionnelle de la Région Hauts-de-France : dpo-fp@hautsdefrance.fr

Les données concernant la rémunération des stagiaires ne peuvent pas être effacées immédiatement. En effet, dans le cadre de son rôle d'employeur, la Région doit conserver les données de paie pendant 5 ans. Article L3243-4 et R1221-26 du code du travail.

Les données concernant le ou les parcours de formation sont soumises aux contrôles effectués par le Fonds Social Européen (FSE) qui oblige la Région à conserver les données des stagiaires pour une durée de 10 ans en conformité de l'article 17.3.b du Règlement (UE) 2016/679.

Pour les questions concernant les activités de traitement des données mises en œuvre par la Région Hauts-de-France, veuillez contacter le délégué à la protection des données (DPO) de la Région Hauts-de-France www.hautsdefrance.fr/informatique-et-libertes

SIGNATURE DU STAGIAIRE PARTICIPANT

*Je soussignée(e) _____ (prénom – nom),
déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués dans ce document, comprend le traitement
des données personnelles y afférent et s'engage à respecter les obligations liées à ce financement*

Date : ____/____/____

Signature STAGIAIRE>

Une copie de certains justificatifs du stagiaire peut être demandée : Attestation de sécurité sociale (NIR), Justificatifs d'identité (CNI, Passeport, carte de séjour...), Attestation inscription demandeur emploi. Pour les stagiaires salariés : SIRET et Raison sociale de l'Employeur.

RÉSERVÉ AU CENTRE DE FORMATION

Agrément Etat ☐ Agrément Conseil Régional ☐ Autre ☐
 N° d'agrément ou de convention : _____
 Intitulé du stage ou cycle _____
(donc correspondre à celui qui a fait l'objet de l'agrément de rémunération)
 Spécialité de la formation (NSF) _____
 Nomenclature consultable à l'adresse suivante : <http://www.centre-info.fr/Nomenclature-des-specialites-de.html>
 Adresse électronique du centre _____
 Code postal et commune du lieu de formation _____
 Date d'ouverture _____ Date de fin prévue _____
 Stagiaire entré le _____ Date de sortie prévue _____
 Objectif du stage : reportez-vous à la notice explicative (cochez la case concernée)
☐ certification
☐ professionnalisation
☐ préparation à la qualification
☐ remise à niveau, maîtrise des savoirs de base, initiation
☐ (re) mobilisation, aide à l'élaboration de projet professionnel
☐ perfectionnement / élargissement des compétences
☐ création d'entreprise
 Si le stage vise une certification ou une professionnalisation, niveau de la qualification préparée
☐ niveau CAP - BEP (niveau V)
☐ niveau Baccalauréat, Brevet technicien, Brevet professionnel (niveau IV)
☐ niveau DEUG, DUT, BTS (niveau III)
☐ niveau licence et supérieur (niveau I et II)

Le directeur du centre certifie que cette demande est comprise dans les limites de l'effectif agréé au titre de la rémunération et que les mentions portées par son établissement sur le présent imprimé sont exactes.

Fait le _____ 20____
 Signature du directeur du centre de formation
 ou de la personne dûment habilitée

CACHET DU CENTRE

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

☐ Accord Décision de rémunération n° _____
 à compter du _____ Montant _____ € ☐ base mensuelle ☐ VISA
 à compter du _____ Montant _____ € ☐ base horaire
 Indemnité transport-nébergement : _____ €
 Codification _____
☐ Rejet (motif à notifier) _____



DEMANDE D'ADMISSION AU BÉNÉFICE DES REMUNÉRATIONS DES STAGIAIRES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE (Sixième partie du Code du Travail) N°11971*03

Organisme gestionnaire

Centre de formation



CACHET

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

ÉTAT CIVIL

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐
 Votre nom de naissance _____
 Votre nom d'épouse ou d'époux (éventuellement) _____
 Votre prénom _____
 Votre date de naissance _____ à _____
 Votre nationalité ☐ Française ☐ Union européenne ☐ Autre (à préciser) _____
 Votre domicile habituel _____
 numéro _____
 avant le _____
 stage _____
 code postal _____
 Votre adresse électronique _____
 Votre domicile est à _____ km du centre de formation
 Si l'y a eu changement de résidence pour la durée du stage, indiquer la nouvelle adresse : _____
 Votre nouvelle adresse _____
 numéro _____
 code postal _____
 commune _____

VOTRE SITUATION FAMILIALE

• Vous êtes :
☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ en union libre ☐ passé(e) ☐ veuf(ve) ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e)
 • Vous avez : _____ enfants

RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE

Votre numéro de sécurité sociale _____
 Vous êtes affilié(e) :
☐ au régime général à la caisse de : _____ département : _____
☐ au régime d'assurance maladie des exploitants agricoles en tant que : ☐ exploitant ☐ conjoint ☐ associé d'exploitation ☐ aide familial
☐ au régime des salariés agricoles en tant que : ☐ salarié d'exploitation ☐ salarié d'organisme agricole
☐ à un autre régime (précisez lequel) : _____
☐ Vous n'êtes pas affilié(e) à titre personnel (par exemple : ayant-droit)

MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ

☐ virement bancaire ☐ virement postal ☐ autre, à préciser _____

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE NIVEAU DE FORMATION (cochez les cases qui correspondent à votre situation) :

Votre diplôme le plus élevé obtenu :

- ☐ Aucun diplôme
- ☐ Certificat d'étude primaire (CEP)
- ☐ Brevet des collèges (BEP)
- ☐ CAP ou BEP
- ☐ Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- ☐ DEUG, DUT, BTS ou autre diplôme de niveau Bac+2
- ☐ Diplôme de niveau Bac+3 ou plus

si oui, à quel titre : ☐ à titre d'allocataire ☐ à titre d'avant droit

VOUS ÊTES SANS EMPLOI

- non

tinu :

- s et plus

napoli :

- emploi
après de Pôle emploi

depuis

- ☐
- l'allocation d'aide au retour à l'emploi

- ☐
- l'allocation de solidarité énergétique

vaillé

2 ACTIVITÉS ANTÉRIEURES

- ☐ de 12 mois ou pendant 12 mois
- ☐ professionnelle durant trois ans ou plus
- ☐ pendant 6 mois ou 910 heures au cours
4 mois

VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL EN FRANCE ET/OU À L'ÉTRANGER

- non salariées, de formation ou de

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

Rubriques 3, 4, 5, 6 : à ne remplir que si vous êtes concerné.

- ☐ Vous êtes mère d'au moins trois enfants
- ☐ Vous êtes veuve, divorcée, séparée judiciairement depuis moins de trois ans
- ☐ Vous êtes veuf(ve), divorcé(e), séparé(e), abandonné(e), célibataire et vous assumez seul(e) la charge d'au moins un enfant résidant en France
- ☐ Vous êtes une femme seule enceinte

4 Vous êtes travailleur non salarié

- ☐ agriculteur ☐ artisan ☐ commerçant ☐ profession libérale ☐ marin-pêcheur ☐ autre (précisez)

5 Vous êtes travailleur handicapé

- ☐ oui ☐ non

 - Vous percevez durant le stage des indemnités journalières pour maladie versées par la CPAM ☐
 - Vous avez été victime d'un accident du travail (autre qu'un accident de trajet, ou d'une maladie professionnelle) et votre contrat de travail est suspendu ☐

6 Autre situation

- Vous bénéficiez de l'aide aux agriculteurs en difficulté
- Vous êtes dans une autre situation (précisez) :

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare sur l'honneur que :

- les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont sincères et véridiques (art. 22-II de la loi n° 68-690 du 31/07/1968) : « Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la déclaration exigée en vue d'obtenir de l'Etat ou des collectivités locales (...) un paiement ou un avantage quelconque indu sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une peine d'amende de 9000 € ou de l'une de ces deux peines. »
 - J'ai été averti(e) que je devrai rembourser tout ou partie des sommes perçues en cas d'abandon de la formation sans motif légitime ou en cas d'exclusion pour faute lourde.
 - Je n'ai pas déposé de demande de rémunération pour ce stage auprès d'un autre organisme payeur ou auprès de Pôle emploi, je renonce le cas échéant, à solliciter l'octroi de l'allocation de retour à l'emploi - formation.
- J'ai effectué un stage de formation rémunéré par : ☐ IFAPA ☐ Autre (à préciser) :

du _____ au _____ au centre de _____ avant pour obier

Fait le _____ 20_____
Signature du stagiaire

NOTICE EXPLICATIVE À L'ATTENTION DU STAGIAIRE

NOTICE EXPLICATIVE À L'ATTENTION DE L'ORGANISME DE FORMATION

(Cf page 4 du formulaire : partie réservée au centre de formation)

1. Cochez les cases correspondant à votre situation

2. Remettez à votre centre de formation le présent formulaire accompagné des pièces justificatives suivantes :

• ÉTAT CIVIL

Si vous êtes de nationalité française :

- ☐ Copie de votre carte nationale d'identité en cours de validité
- ☐ Ou copie de votre passeport en cours de validité
- ☐ Ou à défaut un certificat de nationalité

Si vous êtes de nationalité étrangère :

- ☐ Titre de séjour permettant l'accès aux stages de formation professionnelle (enseignez-vous auprès de votre centre de formation)

Si vous êtes mineur non émancipé :

- ☐ Autorisation parentale sur le modèle que vous remettra votre centre de formation

• PAIEMENT

- ☐ Relevé d'identité bancaire ou postal à votre nom

• PARCOURS PROFESSIONNEL

Si vous avez déjà travaillé :

- ☐ Dernier certificat de travail
- ☐ Bulletins de salaires pour 910 ou 1 820 heures
- ☐ Éventuellement, suspension d'indemnisation si vous étiez employé dans le secteur public

Si vous avez déjà effectué un stage rémunéré au titre de la sixième partie (ex livre IX) du code du travail

- ☐ Décision AFPA, Pôle emploi (Assedic) ou Agence de services et paiement (Crasea)

• SITUATION FAMILIALE

Si vous appartenez à l'une des catégories mentionnées au paragraphe « Publics particuliers » :

- ☐ Photocopie du livret de famille
- ☐ Éventuellement copie de l'ordonnance de séparation, du jugement de divorce ou attestation de la CAF (cas des parents isolés)
- ☐ Éventuellement copie du carnet de maternité et tout justificatif de votre situation si vous êtes une femme seule, enceinte

• SI VOUS ÊTES TRAVAILLEUR NON SALARIÉ

- ☐ Justificatif de votre activité salariée ou non salariée durant 12 mois dont 6 consécutifs dans les 3 ans qui précèdent l'entrée en stage (attestation de la caisse de protection sociale, extrait du registre du commerce et des sociétés...)

• SI VOUS ÊTES RECONNU TRAVAILLEUR HANDICAPÉ

- ☐ Décision de la CDAPH
- ☐ Éventuellement, attestation de la CPAM mentionnant le montant des indemnités journalières que vous percevrez durant votre stage
- ☐ Dernier certificat de travail et bulletins de salaire pour permettre le calcul de votre rémunération de stage
- ☐ Attestation de votre employeur si votre contrat de travail est suspendu, avec mention « sans solde » ou montant du salaire maintenu

• PROTECTION SOCIALE

- ☐ Copie de votre carte d'assuré social si vous en avez une

• AUTRE SITUATION

Interrogez votre centre de formation

POUR TOUTE QUESTION RELATIVE AU TRAITEMENT DE VOTRE DOSSIER,
VOUS DEVEZ VOUS ADRESSER EN PRIORITÉ À VOTRE CENTRE DE FORMATION

RS1NOT-0125

0125 06 09

RS1-NOT

SPECIALITÉ DE LA FORMATION : la nomenclature des spécialités de formation (NSF) est consultable sur internet : <http://www.centre-info.fr/nomenclature-des-specialites-de.html>

OBJECTIF GÉNÉRAL DE LA FORMATION :

Dans le cadre de cette nomenclature, la notion de formation qualifiante regroupe ces deux dernières notions : formation certifiante ou professionnalisante.

1. Certification

Cette catégorie comprend l'ensemble des formations sanctionnées par le passage d'une certification (diplôme, titre, certificat de qualification professionnelle). Les certifications regroupent l'ensemble des diplômes généraux de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur (diplômes nationaux, diplômes des Universités) ainsi que l'ensemble des certifications professionnelles inscrites au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP).

2. Professionnalisation

Les objectifs des formations professionnalisantes sont très proches de ceux des formations certifiantes professionnelles, mais elles ne donnent lieu à aucun diplôme, titre ou certificat inscrit au RNCP. Comme les formations certifiantes professionnelles, ces formations visent à enseigner les techniques et connaissances propres à rendre un individu opérationnel dans un métier (ou plus généralement sur un type de poste de travail). Attention à ne pas confondre avec les formations de perfectionnement, qui visent à approfondir les compétences de publics déjà opérationnels dans un métier ou un poste donné.

3. Préparation à la qualification

Cette catégorie comprend les formations qui préparent à l'entrée dans toute formation qualifiante (i.e. certifiante ou professionnalisante), quel que soit son niveau. On y inclut bien sûr les formations de pré-qualification pour les jeunes (des Conseils Régionaux) par exemple. Les formations de préparation aux concours sont donc incluses dans cette catégorie.

4. Remise à niveau, maîtrise des savoirs de base, initiation

Il s'agit là de stages de remise à niveau ou d'initiation à des compétences ou techniques transversales à une large gamme de métiers. Il peut s'agir de remise à niveau dans les disciplines générales (français, lutte contre l'illettrisme, mathématiques de base), mais également d'initiation aux langues, d'initiation aux logiciels courants de bureautique (EXCEL, WORD, POWERPOINT et équivalents) ou d'initiation à Internet (messagerie et navigation).

5. (Re)mobilitation, aide à l'élaboration de projet professionnel

Cette catégorie rassemble l'ensemble des stages visant à analyser les perspectives d'orientation des stagiaires en tenant compte de leurs motivations, de leurs capacités professionnelles, ainsi que des difficultés sociales qu'ils ont éventuellement rencontrées. Ils peuvent intégrer un travail sur les savoirs de base ou des modules de familiarisation avec le milieu de l'entreprise. Ces stages ne se confondent pas avec les stages de préparation à la qualification qui s'inscrivent quant à eux dans un métier défini et constituent une étape avant d'entreprendre un stage certifiant ou professionnalisant.

6. Perfectionnement, élargissement des compétences

Les formations de cette catégorie s'adressent à un public de personnes déjà opérationnelles dans leur activité professionnelle occupée ou recherchée, mais qui désirent approfondir leurs compétences ou acquérir des compétences supplémentaires. Ils favorisent l'adaptation des salariés à leur poste de travail, l'évolution ou le maintien dans leur emploi. Dans le cas particulier du perfectionnement, ces formations supposent explicitement des pré-requis (qualification ou expérience professionnelle). Exemple : Cette catégorie comprend les stages de niveau avancé de langue, de bureautique et d'utilisation des outils Internet. Elle comprend aussi les stages de développement personnel pour les salariés.

7. Création d'entreprise

RÈGLE IMPORTANTE DE CODAGE :

Certains stages peuvent cumuler plusieurs objectifs différents : les items 6 et 7 peuvent être compatibles avec les items 1, 2 ou 3. Un stage certifiant peut par exemple relever aussi du perfectionnement. Lorsque ce sera possible, on admettra donc plusieurs codages. Néanmoins, les applications informatiques ne sont pas toujours compatibles avec une double codification. Il est donc nécessaire d'instaurer une priorité de codage.

A ce titre, si un stage répond à plusieurs objectifs, l'item 1, 2 ou 3 sera privilégié.

RS1NOT-0125

0125 06 09

RS1-NOT



**PRÉFET
DE LA RÉGION
HAUTS-DE-FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités**

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

DEAS

(Institut)

Nom de Naissance (en majuscule) :

Nom d'usage :

Prénoms (tous les prénoms) :

Date de Naissance :

Commune de naissance :

Département de naissance (en toutes lettres) :

Pays de naissance :

Nationalité :

Adresse :

.....

.....

Numéro téléphone : Numéro portable :

Adresse Mail :@.....

Cet imprimé servira à établir votre diplôme, vous devez joindre impérativement, une copie claire et lisible, en cours de validité : de la carte nationale d'identité / du passeport / ou du titre de séjour. **Le permis de conduire n'est pas accepté.**



Seul les noms et prénoms des candidats admis seront affichés. Souhaitez-vous que ceux-ci apparaissent sur le site internet de la DREETS Hauts-de-France ?

☐ OUI

☐ NON

Signature du candidat