



ECOLE DE TRAVAIL SOCIAL

DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION
ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL 2024/2025
CYCLE DU 02/04/2024 au 28/02/2025

15 PLACES

Réservé à l'administration :

N° Client :

A REMPLIR PAR LE CANDIDAT

Limite de dépôt du dossier 22/02/2024 Pour les demandeurs d'emploi

Pour les salariés prévoir le délai d'information de l'employeur et celui du traitement des dossiers par les Opcos

A remplir en lettres majuscules

Nom de jeune fille :Nom

Prénom:

N° de sécurité sociale :

Identifiant pôle emploi :

Adresse:personnelle :

.....

Code postal: Ville :

Tél portable:.....Tél fixe:.....

Mail:(Obligatoire) :

.....

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire Marié(e) Veuf (ve) Divorcé(e) Autre (préciser)

Nombre d'enfants:

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE:

Nom, prénom:

/ : / / / / / / / / / / / / / / / / / /

SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

CDD CDI - ♦ CUI-CAE

Autre (préciser).....

.Reconnaissance de travailleur handicapé oui non

Fonction exercée:

.....

Date d'entrée :/...../.....

Date de fin de contrat (si temporaire) :...../...../.....

ETUDES SUIVIES

SCOLAIRES/ PROFESSIONNELLES / UNIVERSITAIRES

| Etablissement | Période | Diplôme ou certificat | Date d'Obtention |
|---------------|---------|--------------------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PARCOURS PROFESSIONNEL DU CANDIDAT

SECTEUR MEDICO -SOCIAL

| Intitulé du poste ou de la fonction occupée | Date d'entrée dans l'activité | Date de fin de l'activité | Durée | Temps complet TC Temps partiel TP | Type d'établissement et public pris en charge |
|---|-------------------------------|---------------------------|-------|--------------------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Autres secteurs

| Intitulé du poste ou de la fonction occupée | Date d'entrée dans l'activité | Date de fin de l'activité | Durée | Temps complet TC Temps partiel TP | Type d'établissement et public pris en charge |
|---|-------------------------------|---------------------------|-------|--------------------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

| Intitulé de la formation | Année | Nb de jours | Objectifs | Apports |
|--------------------------|-------|-------------|-----------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

POUR TOUS LES CANDIDATS

Qu'attendez-vous de la formation qui vous est proposée ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Autres indications sur votre candidature, que vous jugez utile de communiquer :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e) déclare sur l'honneur que les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont sincères et véritables (art. 22 -II de la loi 68-690 du 31/07/68).

Signature et date

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR
Uniquement pour les salariés

DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION DEAES (Réforme du 31 août 2021)

Employeur Raison sociale

Groupe:.....

Adresse:.....

Code Postal..... Ville:.....

Email entreprise

Tél : Fax :

N° Siret :.....Code APE:

Etablissement Raison sociale :

Adresse:.....

.....
Code postal:..... Ville:.....

Email entreprise:.....

Tél..... Fax:.....

N° SIRET:..... Code APE:

Etablissement représenté par: Madame ou Monsieur

Nom Prénom.....

Mail (obligatoire) :.....

Fonction:.....

Tél:0590 -0690

Responsable du suivi de la formation :

Madame ou Monsieur

Mail (obligatoire) :.....

Fonction: Tél:0590 -0690

AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR
Uniquement pour les salariés

Je soussigné(e)

Représentant l'Etablissement

En qualité de.....

Autorise

Madame /Monsieur Salarié
(e) de l'établissement, en qualité de

A s'inscrire et à suivre 1407 Heures la formation DEAES -Session 2023-2024) et / ou à s'inscrire et à suivre le ou les domaines de formation suivants

Et m'engage à assurer le financement de cette formation :

Financement envisagé :

- Employeur –plan de développement des compétences
- CPF de transition
- OPCO - Précisez:.....

Fait àLe

Signature et cachet de l'établissement

PIECES A FOURNIR

DEBUT DES INSCRIPTIONS MOIS DE NOVEMBRE 2023

Date limite de dépôt des dossiers : 22/02/2024

Dernières épreuves de sélection entre le 15/11/2023 et le 22/02/2024

| Pièces | Cadre réservé à l'administration |
|---|----------------------------------|
| 2 photos d'identité | |
| Copie de la carte d'identité | |
| Curriculum – vitae | |
| Lettre de motivation et projet professionnel | |
| Photocopie des diplômes | |
| 6 Enveloppes (2 enveloppes brunes format A4 et 4 petites enveloppes autocollantes) | |
| 6 Timbres | |
| Attestation de situation du pôle emploi pour les demandeurs d'emploi | |
| Autorisation de l'employeur (si salarié) | |
| Devis signé par l'employeur engageant la prise en charge de la formation (si salarié) | |
| Pour les porteurs de handicap | |
| Copie de l'attestation de la MDPH | |

Coût de l'épreuve de sélection - Ecrit et Oral 120 Euros

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés dans le dossier et m'engage à informer par écrit des éventuelles modifications à apporter

Date et signature (lu et approuvé)

FORMATION
DIPLOME D'ETAT D'ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL

DOSSIER DE CANDIDATURE

A remplir par le candidat

Nom:Prénom

Adresse

.....

Cp: Ville:

Tél:

ACCUSE DE RECEPTION

Cadre réservé à l'administration de l'école de Travail social IBS

Nous accusons réception de votre dossier d'inscription, reçu le
A la formation DEAES par la voie Initiale ou professionnelle

Au regard des pièces demandées votre dossier est:

- Complet**
 Incomplet

Veillez renvoyer en urgence les pièces manquantes indiquées ci- dessous :

- o Le présent dossier d'inscription complet et signé, ainsi que l'accusé de réception
- o Le Curriculum -Vitae +la lettre de motivation
- o L'attestation de situation du Pôle emploi
- o Les photos d'identité avec votre nom et prénom au dos
- o La Photocopie de la Carte Nationale d'Identité
- o La Photocopie(s) du/des diplôme(s) éventuelle(s)
- o Les enveloppes
- o Les timbres
- o Copies des justificatifs de l'ensemble des activités salariées
- o L'Autorisation de l'employeur
- o Le Devis signé par votre employeur, engageant la prise en charge de la formation
- o.....π.

Après réception de votre dossier complet, l'Institut IBS vous adressera une convocation pour l'épreuve de sélection et le bilan de positionnement,

Cachet

 **INSTITUT IBS**
6 rue des Corsaires
97100 Basse-Terre
Tél. : +33 -0590 995 166
Email: institutibs@gmail.com
site web: institut-ibs.com
Siret 530 552 819 00019



ECOLE DE TRAVAIL SOCIAL

DEAES Arrêté du 30/08/2021

DEVIS N°

| | |
|---|---------------|
| Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social | Nom et Prénom |
| | Adresse |
| | CP et ville |

Durée de la formation

1407 heures

Dates de la formation

02 /04/2024 au 28/02/2025

Formation théorique

567 heures

Formation pratique

840 heures

Objectifs :

Maitriser la culture spécifique et générale des secteurs médico -social et sanitaire -La culture institutionnelle – Les règles nécessaires à un accompagnement qualitatif et sécuritaire des publics accompagnés - Connaissance des pathologies – Maitrise de l’outil digital – Obtention de l’attestation gestes de secours et de sécurité –Maîtriser les savoirs faire et être pour la prise en charge de personnes fragilisées

Diplôme de niveau 3

Code ROME : J1501

Certif info :112283

Formacode : 44028

Code RNCP : 36004

Code CPF :245852

Coût6804 pédagogique

6804 Euros

Coût horaire : 12€

Le montant de la formation n’inclut pas le coût des épreuves de sélection :

Epreuves de sélection

120 € Ecrit et Oral

Frais de formation

annuel 250€

Nb : Tarif en vigueur pour l’année en cours – Sous réserve de modifications ultérieures

Cachet

Basse -Terre, le

La Direction Générale

INSTITUT IBS
6 rue des Corsaires
97100 Basse-Terre
Tél. : +33 -0590 995 166
Email: institutibs@gmail.com
site web: institut-ibs.com
Siret 530 552 819 00019