



INSTITUT DE TRAVAIL SOCIAL

DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION CAFERUIS 2024

**FORMATION DIPLOMANTE CAFERUIS PAR VOIE PROFESSIONNELLE OU INITIALE
CERTIFICAT D'APTITUDE AUX FONCTIONS D'ENCADREMENT ET DE RESPONSABLE D'UNITE**

CYCLE DU : 15/01/2024 au 17/12/2024

**DATE LIMITE DE DEPÔT DES DOSSIERS D'INSCRIPTION 30/11/2023
Pour les demandeurs d'emploi**

10 PLACES

Réservé à l'administration :

N° Client :

A REMPLIR PAR LE CANDIDAT

A remplir en lettres majuscule

Nom :

Prénoms:

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:



Référentiel National Qualité

Audité par
BUREAU VERITAS
Certification



Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ETUDES SUIVIES PROFESSIONNELLES / UNIVERSITAIRES

Etablissement	Période	Diplôme ou certificat	Date d'Obtention

PARCOURS PROFESSIONNEL DU CANDIDAT

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



Référentiel National Qualité

Audité par
BUREAU VERITAS
Certification



Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

Intitulé de la formation	Année	Nb de jours	Objectifs	Apports

*



Référentiel National Qualité

Audité par
BUREAU VERITAS
Certification



Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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



Référentiel National Qualité

Audité par
BUREAU VERITAS
Certification



Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION CAFERUIS

Employeur 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 suivi de formation :

Madame ou Monsieur :

Mail (obligatoire) :.....

Fonction:

Tél:0590 -0690



Référentiel National Qualité

Audité par
BUREAU VERITAS
Certification



Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

SANS DEPÔT DE LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE FORMALISEE PAR L'EMPLOYEUR OU L'OPCO DE RATTACHEMENT LE DOSSIER NE SERA PAS EXAMINE

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 dans son intégralité (820 heures) la formation certifiante du CAFERUIS révisé Session 2024 (arrêté du 31 août 2022)

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

Financement envisagé :

Employeur –Plan de développement des compétences

OPCO – Précisez

Fait àLe

Nom - Signature et Cachet de l'établissement



Référentiel National Qualité

Audité par
BUREAU VERITAS
Certification



Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PIECES A FOURNIR

Limite de dépôt du dossier : 30 NOVEMBRE 2023

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 (3 enveloppes brunes à soufflet format A4 et 3 enveloppes rectangulaires autocollantes	
6 Timbres	
Copie des justificatifs des activités salariées	
Autorisation de l'employeur	
Devis signé par l'employeur engageant la prise en charge de la formation	
Pour les demandeurs d'emploi	
L'attestation de situation délivrée par le pôle emploi Ou par le conseil Départemental pour les bénéficiaires du RSA	
Pour les porteurs de handicap	
Copie de l'attestation de la MDPH	

EPREUVE ORALE D'AMMISSION 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)



Référentiel National Qualité

Audité par
BUREAU VERITAS
Certification



Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

NOTE BIOGRAPHIQUE

Cette note biographique devra comporter en page de garde :

- Nom, prénom du candidat
- Coordonnées (adresse postale –téléphone et adresse électronique)
- La formation choisie
- Une photo d'identité récente

Cette note devra mettre en évidence :

- La situation actuelle du candidat, familiale et professionnelle.
- Le parcours de formation et le parcours professionnel, déroulement et réflexion.
- Les intérêts, les goûts personnels et les activités dans lesquelles le candidat est engagé, son engagement associatif éventuel.
- La façon dont le candidat a découvert la profession et les raisons de son choix. Il doit faire apparaître une réflexion sur son choix.
- Comment cette formation s'inscrit dans le projet professionnel.
- Les conceptions du candidat du métier concerné, sa place dans la société, les valeurs qu'il doit porter.
- Les attentes du candidat par rapport à la formation.

La note biographique doit être en traitement de texte sur 4 pages (maximum) hors page de garde.



Référentiel National Qualité

Audité par
BUREAU VERITAS
Certification



Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ACCUSE DE RECEPTION FORMATION CAFERUIS

DOSSIER DE CANDIDATURE CAFERUIS

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

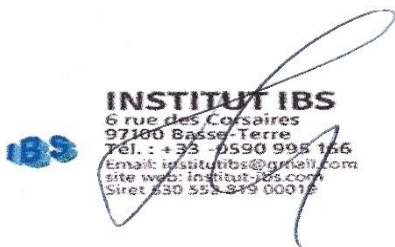
Nous accusons réception de votre dossier d'inscription, reçu le
A la formation CAFERUIS par la voie professionnelle Au regard des pièces réclamées
votre dossier est:

- Complet**
 Incomplet

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

- oLe présent dossier d'inscription complet et signé, ainsi que l'accusé de réception
- oCurriculum vitae + Lettre de motivation
- oLa note biographique
- o2 photos d'identité avec votre nom et prénom au dos
- oPhotocopie de la Carte Nationale d'Identité
- oPhotocopie(s) du/des diplôme(s) éventuelle(s)
- o2 enveloppes timbrées au tarif en vigueur libellé au nom et adresse du candidat
- oCopies des justificatifs de l'ensemble des activités salariées
- oAutorisation de l'employeur
- oDevis signé par votre employeur, engageant la prise en charge de la formation

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





Référentiel National Qualité

Audité par
BUREAU VERITAS
Certification



Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CAFERUIS

DEVIS N°0106-2023C

Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale	Madame /Monsieur
	Adresse

Durée de la formation
820 heures

Dates de la formation
15/01/2024 -17/12/2024

Formation théorique
400 heures

Formation pratique
420 heures

Objectifs du Module
Certificat d'Aptitude aux
Fonctions d'Encadrement
et de responsable d'Unité
d'Intervention Sociale

Niveau :6

Code ROME : K1403

Formacode : 44047

Code CPF : 239669

Tarifs de la formation :
8000 Euros

Coût horaire :20 €

Le montant de la formation
n'inclut pas le tarif de
l'inscription aux épreuves de
sélection qui est fixé à **120 €**
et les frais de formation **450 €**

LES CANDIDATS DEJA SELECTIONNES SONT PRIORITAIRES ET GARDENT LE BENEFICE DE L'EXAMEN D'ENTREE

Nb : Tarif en vigueur pour l'année en cours – sous réserve de modifications ultérieures

Basse -Terre, le 28 /08/2023

Madame LUBIN



INSTITUT IBS
6 rue des Corsaires
97100 Basse-Terre
Tél. : +33 -0590 998 166
Email: institutibs@gmail.com
site web: institut-ibs.com
Siret 530 355 845 00016