



ECOLE DE TRAVAIL SOCIAL

DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION
ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL 2024/2025
CYCLE DU 04/10/2024 au 09 /10/2025

15 PLACES

Réservé à l'administration :

N° Client :

A REMPLIR PAR LE CANDIDAT

Limite de dépôt du dossier 09/08/2024 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 (2 mois).

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 2024-2025) 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 MAI 2024

Date limite de dépôt des dossiers : 09/08/2024

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

04 /10/2024 au 09/10/2025

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

Coût pédagogique

5670 Euros

Coût horaire : 10€

Le montant de la formation n’inclut pas le coût

-Epreuves de sélection

120 € Ecrit et Oral

-Frais de scolarité 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