



PHOTO  
OBLIGATOIRE

**FICHE D'INSCRIPTION  
EPREUVES D'ADMISSION  
FORMATION : EDUCATEUR SPECIALISE  
EN SITUATION D'EMPLOI**

À compléter et à retourner à : ARFRIPS – Carole DUBUS,  
10 impasse Pierre Baizet, CS 10422, 69338 LYON CEDEX 09

**ETAT CIVIL** (en lettre d'imprimerie)

Nom d'Usage ou Marital ..... Prénom .....

Nom de naissance .....

Adresse .....

CP ..... Ville .....

Téléphone portable : .....

Email.....

Date et lieu de naissance .....

Nationalité..... Sexe :  M  F

Etes-vous reconnue ( e ) travailleur handicapé ? .....Oui  Non

**CANDIDATURES ANTERIEURES**

Avez-vous déjà passé une sélection d'éducateur spécialisé à l'ARFRIPS ? oui non

Si oui, précisez en quelle(s) année(s) :

*Nous collectons des données personnelles vous concernant. Elles sont utilisées pour vous inscrire en formation et recevoir des informations de la part de l'Arfrips. Elles ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales. Elles sont conservées par nos soins pendant 5 ans puis détruites. Le responsable de traitement est le Président de l'ARFRIPS, par délégation, le Directeur. Le Délégué à la protection des données personnelles peut être contacté au siège de l'ARFRIPS au 10, impasse Pierre Baizet.69009 LYON. Conformément au règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité aux données qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à [mes-donnees@arfrips.fr](mailto:mes-donnees@arfrips.fr). Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).*

**TITRES OU DIPLOMES** (Joindre obligatoirement une copie)

- Titulaire du Baccalauréat série .....
- Titulaire de l'un des titres admis règlementairement en dispense du Baccalauréat
- Titulaire du D A.E.U.
- Titulaire d'un diplôme, certificat ou titre homologué ou inscrit au RNCP au moins au niveau IV
- Titulaire de l'examen de niveau DRJSCS

**Pièces administratives à joindre au dossier :**

- une copie recto/verso de la carte d'identité ou du passeport,
- une lettre de motivation manuscrite (entre 2 et 3 pages) détaillant le projet de formation professionnelle. Elle devra nous éclairer sur les réflexions, expériences de vie ou expériences professionnelles, rencontres ou choix de vie qui vous ont conduit à choisir la formation d'Educateur Spécialisé.,
- un curriculum vitae
- les copies demandées (diplôme, certificat ou titre),

**En cas d'annulation : Voir annexe règlement de sélection**

*J'ai pris connaissance des informations contenues dans le règlement d'admission pour les candidats à la formation d'Educateur Spécialisé*

**Date:** ..... **Signature:** .....



arfrips

## DOSSIER de PARCOURS PERSONNEL ET PROFESSIONNEL EDUCATEUR SPECIALISE

**NOM Prénom** :

Nous vous demandons de remplir ce questionnaire.

Toutes les réponses personnelles que vous pourrez faire sont couvertes par le secret professionnel.

Veuillez envoyer, avec le questionnaire, les pièces demandées, à défaut de quoi votre dossier ne sera pas pris en considération.

Consultez la notice de renseignements et le règlement de sélection pour de plus amples informations concernant la formation et la sélection.

**Les dossiers n'ayant pas fait l'objet d'une pré-inscription via notre site internet, non complets ou non signés ne seront pas acceptés**

**Date et signature obligatoire** :

\*\*\*\*\*

# PARCOURS SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL

## I - FORMATION GENERALE : scolaire (depuis l'âge de 12 ans), technique, universitaire.

ANNEE de à	ETABLISSEMENTS	DIPLOMES	DATE D'OBTENTION

## II - FORMATION PROFESSIONNELLE

ANNEE de à	ETABLISSEMENTS	DIPLOMES	DATE D'OBTENTION

## III - AUTRES FORMATIONS

	ORGANISMES	DIPLOMES OBTENUS	DATES
Colonies de vacances SECOURISME Autres (sport, animation, activités culturelles) Permis de conduire : VL PL TC			

# CARRIERE PROFESSIONNELLE

## I - DANS LE SECTEUR médico-social ou sanitaire ou social

ANNEE	ETABLISSEMENTS EMPLOYEURS	FONCTION ET EMPLOI TENU

## II – HORS SECTEUR médico-social ou sanitaire ou social

ANNEE	ETABLISSEMENTS EMPLOYEURS	FONCTION ET EMPLOI TENU

## III – PROFESSION ACTUELLE

DEPUIS LE	ETABLISSEMENT EMPLOYEUR	FONCTION ET EMPLOI TENU

# L'ACCES A LA FORMATION

DOCUMENT à REMPLIR et FAIRE SIGNER par L'EMPLOYEUR

## a. Description du poste de travail occupé pendant la formation :

Le projet pédagogique de l'ARFRIPS s'appuie sur la pratique professionnelle et considère que le lieu d'emploi est le lieu de stage long. Pour cela il est indispensable que le stagiaire soit sur un poste de travail relevant des missions du métier visé.

### Le candidat est il sur un poste de travail :

Moniteur éducateur : Oui  Non

Educateur spécialisé en attente de formation : Oui  Non

Educateur technique spécialisé en attente de formation : Oui  Non

Aide médico-psychologique : Oui  Non

Accompagnant éducatif et social : Oui  Non

Moniteur d'atelier : Oui  Non

**Si la réponse est non à ces 6 postes de travail, préciser le contenu du poste à l'aide du descriptif ci après :**

Missions exercées	Public concerné	Tâches accomplies
Prise en charge d'un groupe		
Accompagnement ou accompagnement éducatif (individuel ou de groupe)		
Médiation		
Animation		
Socialisation		
Travail en équipe		
Autre (transmission de connaissances, développement d'un projet...)		

Durée hebdomadaire de travail : .....

**b. Projet de financement de la formation :**

**En cas de réussite aux épreuves de sélection nous prévoyons la prise en charge financière de la formation à partir des prévisions suivantes :**

**Le Contrat de travail :**

- Contrat à durée indéterminée Depuis le .....
- Contrat à durée déterminée Du..... Au.....
- Autre (précisez) : Du..... Au.....

**Plan de financement :**

CPF :  Oui Dossier déposé le .....  Non

Votre lieu d'emploi vous permet-il d'être sur un poste de travail du métier visé ? Oui  Non

Plan de formation Oui  non

Autres (préciser quoi.....).....

**• Financement :**

- des frais de scolarité et inscription Oui  non

OPCO auquel adhère votre employeur (Nom et adresse complète)


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

Dans le cadre de l'Arrêté du 20 juin 2007 relatif au DEME et au DEES qui donne au Centre de Formation la responsabilité de l'élaboration d'une procédure d'agrément de terrain de stage nécessaire à l'obtention du titre de « site qualifiant » indispensable à l'accueil du stagiaire sur le terrain professionnel, **l'établissement s'engage à :**

- affecter le stagiaire dès le début de la formation à des tâches relevant du métier visé,
- faire accompagner par un référent professionnel diplômé en travail social ou paramédical dont le nom devra figurer sur la convention de formation,
- donner au référent professionnel les moyens nécessaires à ce suivi (temps de rencontres avec le stagiaire hors situation de travail, rencontres avec l'équipe pédagogique de l'ARFRIPS, sollicitations par cet accompagnateur du centre de formation autant que de besoin, participation aux réunions d'évaluation sur le terrain).

**c. Engagement de l'employeur :**

Pour les candidats à **temps plein et à temps partiel**, compte tenu du projet pédagogique, il est nécessaire que l'employeur s'engage à libérer, en cas de réussite aux épreuves d'admission, le stagiaire en formation pendant les sessions organisées par le centre de formation.

 Joindre une attestation de prise en charge de l'employeur précisant les perspectives de prise en charge de la formation et son engagement à libérer l'étudiant pendant les périodes de formation,

Fait à.....Le.....

Signature de l'employeur (nom et fonction)  
et cachet de l'établissement