

DOSSIER D’INSCRIPTION

Coordinateur (trice) du parcours de vie des personnes en situation de fragilité

*Option : Personnes âgées / Personnes handicapées vieillissantes*

Année 2021-2022

**Cocher obligatoirement le niveau correspondant au niveau que vous souhaitez suivre :**

❒ Niveau 1 (Première année) – Clôture des inscriptions le 18 octobre 2021

Formation suivie à : ❒ Paris

❒ Niveau 2 (Deuxième année) – Clôture des inscriptions le 10 décembre 2021

Formation suivie à : ❒ Paris ❒ Montpellier

Nombre de places limité à 20 personnes par année de formation et par ville

*NB : l’EPHE et l’ITEV se réservent le droit de ne pas ouvrir les sessions de formation si le nombre minimal de stagiaire n’est pas atteint.*

**Compléter et retourner ce dossier de préférence par mail à**

**formation.continue@ephe.psl.eu** **et** **itev@ephe.psl.eu**

**Ou par courrier :** EPHE – Direction de la formation continue – 4-14 rue Ferrus, 75014 Paris

Téléphone : 01 53 63 61 67

**Joindre :**

* **un CV**
* **une lettre de motivation**
* **une photo d’identité**
* **une copie recto/verso de votre pièce d’identité**
* **une copie des diplômes obtenus**
* **l’attestation de prise en charge signée par l’employeur p.5**

|  |
| --- |
| Photo d’identité |

Coût de la formation

Année 1 : 2 800 euros TTC

Année 2 : 2 800 euros TTC

Financement :

❒ Financé par l’employeur ❒ Financé par le stagiaire

* *Vous pouvez demander à votre employeur de financer la formation sur le budget de son plan de formation ou de le financer par l’OPCO dont votre entreprise dépend.*
* *NB : Il est à noter que cette formation n’est pas éligible au CPF*
* *Si l’employeur souhaite un devis, merci le préciser sur l’attestation de prise en charge p.5*

**Votre civilité – Vos coordonnées**

Nom de naissance : ...........................................................................................................................

Nom d’usage : ...................................................................................................................................

Prénom : ............................................................................................................................................

Date de naissance : .\_ \_ /\_ \_ / \_ \_ \_ \_..........................................................Sexe : M ❏ - F ❏………..

Nationalité : .......................................................................................................................................

Département de naissance : ..............................................................................................................

Ville de naissance : ............................................................................................................................

Pays de naissance : ............................................................................................................................

Adresse personnelle : ........................................................................................................................

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

Adresse électronique en majuscule: ……...........................................................................................

Téléphone fixe ou portable : .............................................................................................................

**N° INE (si connu)**

**Votre situation professionnelle actuelle :**

Fonction occupée : …………………………………………………………………………………Depuis le : ………………………

Employeur

Nom/Raison sociale :………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

Demandeur d’emploi :

❒ OUI Depuis le : ………………………

❒ NON

Expérience(s) professionnelle(s) dans le secteur médico-social :

❒ OUI

❒ NON

Si oui, préciser la fonction exercée :…………………………………………………………………………………………………

**Votre parcours de formation (joindre une copie des diplômes obtenus) :**

❒ **DEAVS** (Diplôme d’État d’Auxiliaire de Vie Sociale)

Année d’obtention : .................................................................................................................

❒ **DEAMP** (Diplôme d’État d’Aide Médico-Psychologique)

Année d’obtention : .................................................................................................................

❒ **DEAES** (Diplôme d’État d’Accompagnant Éducatif et Social)

Année d’obtention : .................................................................................................................

❒ **DE aide-soignant(e)**

Année d’obtention : .................................................................................................................

❒ **Baccalauréat professionnel ASSP** (Accompagnement, Soins et Services à la Personne)

Année d’obtention : .................................................................................................................

❒ **Baccalauréat SPVL** (Service de Proximité et Vie Locale)

Année d’obtention : .................................................................................................................

❒ **Autres** (préciser) :

Intitulé :

Année d’obtention : .......................................................................................................

Intitulé :

Année d’obtention : .......................................................................................................

Je soussigné(e) ……………………………………………… certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis

Date …………………………………….. Signature :

**Avis de la commission d’admission :**

À Montpellier, le ..............................................

❒ Avis favorable

❒ Avis défavorable

Anne MARCILHAC,

Directrice de l’ITEV, responsable pédagogique

Vous trouverez en pages 5 et 6 de ce dossier d’inscription :

* L’attestation de prise en charge
* Les conditions générales de vente

Merci de les compléter, de les signer et de nous les renvoyer impérativement

Attestation de prise en charge

*Merci de compléter ce formulaire quel que soit votre plan de financement :*

**Le (la) participant(e) :**

Nom :………………………….……………..……………..Prénom :……………………….…………………..…………..

Inscritpion à la session de formation (cochez le niveau et la ville) :

❒ Niveau 1 ❒Niveau 2 à ❒ Paris ou ❒ Montpellier

Coût de la formation :……………………………… Avez-vous besoin d’un devis ? ❒ Oui ❒ Non

**Prise en charge financière :**

La formation sera prise en charge par :

❒ L’employeur ❒ un OPCO ❒ Autofinancement ❒ Autre précisez :………………..…….……

*Merci de nous adresser les documents de prise en charge (OPCO ou autre) dès que vous les obtenez*

**Renseignements concernant l’employeur**

Raison sociale : ..................................................................................................................... Qualité (Entreprise, association, établissement public…) : ................................................................ Adresse : ................................................................................................................................ Code Postal : .................................... Ville : .......................................................................... Nom du responsable formation : ............................................................................................ Téléphone : ......................................... Adresse électronique :…...........................................

L’établissement émet-il des bons de commande ? : ❒Oui ❒Non

**Renseignements concernant l’organisme qui finance la formation** (si différent)

Raison sociale : ................................................................................................................... Adresse de facturation : ..................................................................................................... Code Postal : .................................... Ville : ....................................................................... Nom du correspondant : ................................................................................................... Téléphone : ......................................... Adresse électronique :…...........................................

**Engagement de l’employeur et du salarié**

Je soussigné(e) ................................ Agissant en qualité de .................................................. m’engage à financer l’inscription de M. ou Mme ..............................................................

à la formation ...................................................................................................................... pour un montant global de ............................... € et vous adresse un bon de commande.

Le salarié participe-t-il au financement de sa formation ?

❏ oui ❏ non Si oui, pour quel montant ? ................................................................ €

Vu et pris connaissance à ......................................., le ...............................................

Signature du salarié Signature et cachet de l’entreprise

La signature de ce bulletin d’inscription vaut acceptation sans réserve des conditions générales de vente détaillées au verso

CONDITIONS GÉNÉRALES DE VENTE

**1) Inscription :** Toute inscription d’un participant ne sera validée qu’après réception par l’EPHE :

- d’un formulaire financeur, dûment complété et signé, et d’un bon de commande.

- du règlement des frais de formation à l’inscription

- pour les formations diplômantes, du dossier d’inscription par le service de la Scolarité et après avis favorable de la Commission d’admission

**2) Tarifs :** Pour les activités de formation continue, l’EPHE étant exonéré de TVA, en vertu de l’article

261-4 du Code Général des Impôts, tous les tarifs du service de la Formation Continue sont indiqués en euros nets à payer.

**3) Modalités de paiement :**

Le règlement du prix de la formation est effectué :

- par chèque libellé à l’ordre de l’Agent Comptable de l’EPHE

- ou par virement direct, en précisant le nom du participant, le numéro de facture, le nom de l’entreprise, au compte Trésor de l’EPHE : RGFIN PARIS SIEGE : 10071.75000.00001005203.88

**4) Administration :** L’EPHE adresse à l’établissement financeur:

- une convention de formation simplifiée (n° d’agrément : 1175PO17675)

- une ou plusieurs factures (règle du prorata temporis)

- une attestation de présence

**5) Organisme financeur :**

**5.1** Lorsque la formation est prise en charge en totalité par un organisme tiers (OPCA…), il appartient à l’entreprise du participant :

- de vérifier directement l’imputabilité de la formation auprès de l’organisme

- de faire la demande de prise en charge avant la formation

- d’indiquer explicitement sur l’attestation de prise en charge quel sera l’établissement à facturer, en indiquant précisément sa raison sociale et son adresse postale

**5.2** En cas de prise en charge partielle par un organisme tiers, la part non prise en charge sera facturée directement à l’entreprise du participant.

**6) Contentieux :**

**6.1** Conditions d’annulation du fait de l’EPHE : L’EPHE se réserve la possibilité, notamment en cas d’insuffisance de participants, de modifier, de reporter ou d’annuler une session de formation. Dans ce cas elle informe le stagiaire dans les plus brefs délais. Au choix du stagiaire, l’EPHE reporte l’inscription à la prochaine session de formation ou rembourse intégralement les sommes perçues. Le stagiaire ne peut prétendre à aucune indemnité pour quelque cause que ce soit du fait de l’annulation ou du report d’une session de formation.

**6.2** Conditions d’annulation du fait du stagiaire : Si le stagiaire souhaite annuler son inscription, il doit le faire par courrier postal ou par fax au moins 15 jours avant la date de début de l’action de formation. Aucune indemnité ne sera demandée.

Si l’annulation intervient entre le 14e jour et le jour précédant la date de début de l’action de formation, 15% du montant des frais de participation vous seront facturés à titre d’indemnité forfaitaire, sauf cas de force majeure dûment justifié.

Si l’annulation intervient le jour du début ou après la date de début de l’action de formation, le montant total du stage est dû à titre d’indemnité forfaitaire, sauf cas de force majeure dûment justifié. Tout remplacement par un autre participant répondant aux prérequis est accepté sans aucune condition de délai.

**6.3** Conditions d’interruption du fait du stagiaire

Toute formation commencée par un stagiaire est due dans sa totalité à titre d’indemnité forfaitaire, sauf cas de force majeure dûment justifié. Dans le cas d’une prise en charge par un organisme financeur, une facture est adressée à l’employeur.

« Les sommes versées au titre du renoncement, dédit, dédommagement ne se voient pas appliquer les dispositions de l’article L. 991-6 car elles ne sont pas dues en contrepartie de la réalisation des prestations de formation. Elles sont spécifiées sur la facture et ne doivent pas être confondues avec les sommes dues au titre de la formation. » (Circ. DGEFP n°2006-10 du 16 mars 2006).

**7) Informatique et libertés :** Les informations contenues dans l’attestation de prise en charge, sauf avis contraire de votre part, feront l’objet d’un traitement informatique.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, dite « Informatique et libertés », vous disposez d’un droit d’accès et de rectification