|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | CCPAM avec nom 2 Oct 04 |  |

DOSSIER DE CANDIDATURE

## SOMMAIRE

### **FICHE 1**: Composition du dossier de candidature

**FICHE 2 :** Fiche de candidature

**FICHE 3** : Tableau de parcours de formation

**FICHE 4** : Tableau d’expériences (salariées, non salariées)

**FICHE 5** : Tableau d'expériences bénévoles

|  |
| --- |
| **Collège Coopératif P.A.M.**Europôle Méditerranéen de l’Arbois Bat Gérard Mégie – Av L. Philibert - Domaine du petit Arbois BP 50099 – 13793 AIX EN PROVENCE cedex 3Tél. 04 42 17 03 00 – formations@collcoop.org |

####

#### COMPOSITION DU DOSSIER

**DOSSIER ADMINISTRATIF -** Il est constitué des pièces suivantes :

* FICHE 1 : fiche de candidature
* une lettre de motivation,
* un curriculum vitae présentant, de façon détaillée, la trajectoire personnelle et professionnelle et incluant la formation initiale et continue,
* copies des diplômes et attestations d’emploi,
* Une photo d’identité avec votre nom au dos,
* un chèque d’un montant de 100 euros à l’ordre du Collège Coopératif PAM correspondants aux frais de dossier et de sélection
* **photocopie complète (recto verso) d’une pièce d’identité**

**DOSSIER PEDAGOGIQUE** - Il est constitué des pièces suivantes :

* FICHE 2 : Tableau de parcours de formation
* FICHE 3 : Tableau d’expériences (salariées, non salariées)
* FICHE 4 : Tableau d'expériences bénévoles

Le dossier peut être téléchargé en ligne sur le site du Collège Coopératif PAM : w***ww.collcoop.org***,

il peut être également retiré auprès du secrétariat pédagogique du CCPAM ou sur demande.

**INSCRIPTION DES CANDIDATURES** - Les dossiers sont réceptionnés au CCPAM :

Les dossiers sont réceptionnés en continu.

Nous contactons les candidats dès réception de leur dossier, pour fixer un entretien de positionnement avec le responsable de formation.

**Adresse postale pour le retour du dossier** :

***Collège Coopératif P.A.M.***

Europôle méditerranéen de l’Arbois - BP 50099

13793 AIX EN PROVENCE cedex 3

##### FICHE 1 - FICHE DE CANDIDATURE

* Veuillez cocher la case de la formation choisie, et le parcours de formation

[ ] CIP (Conseiller en Insertion Professionnelle) : [ ] CCP1 [ ] CCP2 [ ] CCP3

[ ] MSADS (Médiateur Social Accès aux Droits et aux Services) : [ ] CCP1 [ ] CCP2 [ ] CCP3

[ ] ADVF (Assistant de Vie aux Familles) : [ ] CCP1 [ ] CCP2 [ ] CCP3 [ ] CCS

**IDENTITE**

NOM :………………………………. Prénom: ………………Nom de jeune fille: ………………………..

Né(e) le : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ à : (lieu et n° de département) ……………..…………………..……dépt \_ \_

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

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

Tél. domicile :  . Mobile : ……………………………….

Courriel : @........................................................

**PARCOURS FORMATION**

**Diplôme professionnel** (le plus élevé) : ou aucun diplôme [ ]

|  |
| --- |
| **Niveau VI** BEPC [ ]  Brevet des Collèges [ ]   |
| **Niveau V**  CAP [ ]  BEP [ ]  BAPAAT [ ]  BAFA [ ]  BAFD [ ]  BPJEPS [ ]  |
| **Niveau IV**  BAC ou équivalent [ ]  BEES1 [ ]  BEATEP [ ]  BP [ ]  CAFME [ ]  |
| **Niveau III**  BTS [ ]  DEUG [ ]  DEFA [ ]  DEES [ ]  DEAS [ ]  DEJEPS [ ]   DE EJE [ ]  CESF [ ]  Autres BAC+2 [ ]  …………………. |
| **Niveau II** Licence [ ]  Maîtrise [ ]  BEES 2 [ ]  DEDPAD [ ]  CAFERUIS [ ]  Master 1 [ ]  STAPS [ ]  |
| **Niveau I**  Troisième cycle DEA [ ]  DESS [ ]  BEES 3 [ ]  DEIS [ ]  Master 2 [ ]  |
| **Autre [ ]  ………………….** Niveau I **[ ]** II **[ ]** III **[ ]**  IV **[ ]**  V **[ ]**  |
| **Formation PSC1 (premiers secours) : [ ]  Date d’obtention :****Ou diplôme équivalent :** |

**PARCOURS PROFESSIONNEL**

[ ]  **Vous êtes salarié(e)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activité professionnelle actuelle****ou dernier poste occupé** | **Nbre d’années** **d’expérience prof**.**…………………………………** | **Champ professionnel** |
|  |  | Pers âgées [ ] Petite enf [ ] Handicap [ ]  | Aide soc à l’enf. [ ] Insertion [ ] Autre : ……………….. |
|  |  | ?? |  |

Type de contrat de travail (CDI, CDD+6mois, CDD -6mois, contrat de professionnalisation, contrat aidé, travailleur indépendant, DE, bénéficiaire du RSA, sans activité, etc.)  :…………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Dénomination et adresse de **l’employeur :** | et de l’établissement ou service (si adresse différente) |
| Tél. :  | Fax : |
| Courriel : |  |

[ ]  **Vous êtes demandeur d’emploi**

* Inscrit à Pôle Emploi OUI **[ ]** NON **[ ]**

**N° identification Pôle Emploi :**

* Bénéficiaire de l’Allocation de retour à l’emploi OUI **[ ]** NON **[ ]**
* Date de fin de droit : ……../…………./…………

**PRISE EN CHARGE**

**En tant que salarié (e) :**

[ ]  **Plan de formation**

Coordonnées de l’employeur (si différente de ci-dessus) :

[ ]  **Apprentissage** / **Période de professionnalisation**

Coordonnées de l’employeur (si différente de ci-dessus) :

[ ]  **Compte Personnel de Formation (CPF)**

[ ]  Vous prenez en charge **à titre individuel**

[ ]  En totalité

[ ]  Partiellement ………………………………………………………….

**En tant que demandeur d’emploi :**

[ ]  Sollicite une prise en charge par le **Conseil Régional** (uniquement CAFERUIS)

[ ]  via une convention avec **Pôle Emploi** (AIF Allocation Individuelle de Formation)

[ ]  Vous prenez en charge **à titre individuel**

[ ]  En totalité

[ ]  Partiellement ……………………………………………………………..

##### FICHE 2 - PARCOURS DE FORMATION

|  |
| --- |
|  |
| Présentez l'ensemble de votre parcours de formation, ainsi que le(s) diplôme(s) obtenu(s). Pour cela, indiquez les principales étapes de votre scolarité ainsi que les différentes formations que vous avez suivies par la suite (stage, formations suivies en cours d'emploi, actions de formation continue, formations suivies dans le cadre d'un congé individuel de formation, ...). |
|  |  |  |  |  |
| Dates | Intitulé de formation | Durée totale en heure | Nom et adresse de l'organisme / établissement de formation | Attestation, certificat, diplôme obtenu(s) et année d'obtention |
| Du : Au :  |   |   |   |   |
| Du : Au :  |   |   |   |   |
| Du : Au :  |   |   |   |   |
| Du : Au :  |   |   |   |   |
| Du : Au :  |   |   |   |   |
| Du : Au :  |   |   |   |   |
| Du : Au :  |   |   |   |   |

 *(dupliquez la page si besoin*)

##### FICHE 3 - PARCOURS PROFESSIONNEL

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Présentez l'ensemble de votre parcours professionnel ; vos expériences professionnelles (salariées, non salariées) Pour cela inscrivez chacun des emplois que vous avez occupé jusqu'à ce jour, y compris celui que vous occupez actuellement. |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Période d'emploi | Emploi occupé (intitulé de votre fonction) | Temps plein / partiel (quotité) | Employeur (nom et adresse de la structure) | Activité principale de la structure | Eventuellement, service ou équipe d'affectation | Public visé |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 *(dupliquez la page si besoin*)

##### FICHE 4 - VOS ACTIVITES BENEVOLES

|  |
| --- |
| Présentez les fonctions que vous avez éventuellement exercées, y compris celle(s) que vous exercez actuellement |
|  |  |  |  |  |  |
| Durée d'exercice  | Fonction exercée | Temps consacré (nb d'heures, semaine…) | Nom et adresse de la structure | Activité principale de la structure | Public visé |
| Du : Au :  |   |   |   |   |   |
| Du : Au :  |   |   |   |   |   |
| Du : Au :  |   |   |   |   |   |
| Du : Au :  |   |   |   |   |   |
| Du : Au :  |   |   |   |   |   |
| Du : Au :  |   |   |   |   |   |
| Du : Au :  |   |   |   |   |   |
| Du : Au :  |   |   |   |   |   |

*(dupliquez la page si besoin*)



FICHE Accueil et Accompagnement des étudiants (élèves) en situation de handicap ou à besoins particuliers :

Vous êtes en situation de handicap [ ]

Avez-vous une reconnaissance de situation de handicap (RQTH…) [ ]

Avez-vous déjà bénéficié d’aménagement de parcours et/ou d’examen [ ]

Souhaitez-vous bénéficier de mesures d’aménagement d’études et/ou d’examens : [ ]

Le REFERENT HANDICAP du Collège Coopératif PAM pourra vous informer sur les adaptations possibles :

Modalités pédagogiques, supports, organisation de la formation, passation des examens ....

Vous avez des questions ou besoin d’en parler ?

**CONTACTEZ**: Carine BAUVAL référent handicap du Collège Coopératif PAM

Tél. **04 42 17 03 06** le matin **ou**  Courriel : **referenthandicap@collcoop.org**