**NOM :………………………………. Prénom: …………………………**

ACCOMPAGNEMENT A LA VALIDATION

DES ACQUIS DE L’EXPERIENCE

DIPLOME A VALIDER :

DEAES  DE JEPS

CAFERUIS  DES JEPS

CAFDES  DEIS

Etes-vous en possession d’une recevabilité pour le diplôme à valider?

OUI  NON

DOSSIER DE CANDIDATURE

## SOMMAIRE

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

**FICHE 2 :** Situation personnelle

**FICHE 3** : Parcours de formation

**FICHE 4** : Parcours professionnel

**FICHE 5** : Vos activités bénévoles

**FICHE 6** : Accueil et accompagnement des étudiants (élèves) en situation de handicap ou à besoins particuliers

|  |
| --- |
| ***Collège Coopératif P.A.M.***  Avenue Georges BRAQUE – 13500 MARTIGUES  Tél. 04 42 10 02 37  [formations@collcoop.org](mailto:formations@collcoop.org) |

|  |
| --- |
|  |

#### FICHE 1

#### COMPOSITION DU DOSSIER DE CANDIDATURE

**Dossier administratif** :

Il est constitué des pièces suivantes :

* FICHE 2 : Situation personnelle
* **lettre de motivation**,
* copies des diplômes et attestations d’emploi,
* photocopie complète LISIBLE d’une pièce d’identité sur **1 page**
* 1 photo d’identité
* FICHE 6 : référent handicap

**Dossier pédagogique** :

Il est constitué des pièces suivantes :

* FICHE 3 : Parcours de formation
* FICHE 4 : Parcours professionnel
* FICHE 5 : Vos activités bénévoles

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

#### Candidatures :

Les dossiers sont réceptionnés au CCPAM par email sur [**cbauval@collcoop.org**](mailto:cbauval@collcoop.org) ou [**formations@collcoop.org**](mailto:formations@collcoop.org) ou par voie postale

Nous vous contacterons pour un entretien de positionnement dès réception de votre dossier.

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

**Collège Coopératif P.A.M.**

Avenue Georges Braque

13500 Martigues

Tél. 04 42 10 02 37

##### FICHE 2 – SITUATION PERSONNELLE

**IDENTITE**

NOM :………………………………. Prénom: ………………

Nom de jeune fille: …………………………………..

Né(e) le : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ à : (ville) ……………..…………………..…… Dépt : …….

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

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

Tél :

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

**SITUATION PROFESSIONNELLE :**

Activité salariée (Poste ou Fonction) : EMPLOYEUR (Nom et adresse) :

Nom Responsable. R. H. ou service formation : :

Tél

Courriel

Activité indépendante (préciser le statut) :

Type d’activité :

Demandeur d’emploi. N° identification Pôle Emploi**:**

PRISE EN CHARGE DE VOTRE FORMATION

QUI EST VOTRE OPCO : …………………………………………..

**Comment sera financée votre formation (si vous le savez déjà)** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Plan de développement des compétences:  CPF TRANSITION :  Autre ……………………… | POLE EMPLOI :  AIDES REGIONALES (chèque VAE):  Financement personnel :  CPF : | Accompagnement  Sur votre temps de travail  Hors temps de travail |

**DIPLOMES OBTENUS :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Niveau 2**  **(ex Niveau VI)** | BEPC  Brevet des Collèges |
| **Niveau 3**  **(ex Niveau V)** | CAP  BEP  BAPAAT  BAFA  BAFD  DEAES  DEAS |
| **Niveau 4**  **(ex Niveau IV)** | BAC  BP Préciser la série / filière …………………………………  BEES1  BEATEP  CAFME  BPJEPS  MSADS  Autres …………………. |
| **Niveau 5**  **(ex Niveau III)** | BTS  DEUG Préciser la filière / mention …………………………………  DEFA  DEES  DEASS  DEJEPS  DE EJE  DECESF  Autres …………………. |
| **Niveau 6**  **(ex Niveau II)** | Licence  Maîtrise  Master 1  Préciser la filière / mention …………………………………  DESJEPS  DEDPAD  CAFERUIS BEES 2  Autres …………………. |
| **Niveau 7**  **(ex Niveau I)** | DEA  DESS  MASTER 2  Préciser la filière / mention …………………………………  BEES 3  DEIS  CAFDES |

##### FICHE 3 - 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 4 - PARCOURS PROFESSIONNEL

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Présentez l'ensemble de votre parcours professionnel ; vos expériences professionnelles (salariées, non salariées) Pour cela inscrivez chacun des emplois que vous avez occupés 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 5 - 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 : | |  | |  | |  | |  | |  | |

*(Dupliquez la page si besoin*)

##### FICHE 6

Validation des acquis de l’expérience

Accueil et Accompagnement des étudiants (élèves)

en situation de handicap ou à besoins particuliers

NOM :

Prénom :

**Etes-vous en situation de handicap ☐**

**Si oui :**

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

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

Si oui lesquels :

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 ....

Une rubrique d’informations est consultable sur notre site internet

[www.collcoop.org](http://www.collcoop.org) dans l’onglet **vie pratique** puis **Informations – Handicap et formation**

Vous avez des questions ou besoin d’en parler ?

Les référents handicap du Collège Coopératif PAM

Carine BAUVAL Tél. **04 42 10 02 40** **ou** Courriel : [**cbauval@collcoop.org**](mailto:cbauval@collcoop.org)

Emilie MADET Tél. **04 42 10 02 43** **ou** Courriel [**emadet@collcoop.org**](mailto:emadet@collcoop.org)