

- ✓ **CAP AEPE (Accompagnant Educatif Petite Enfance) en 1 an / 18-29 ans**
- ✓ **CAP APR (Agent Polyvalent de Restauration) / 16-29 ans, Passerelle**

▲ Etape 1 : Retirer un dossier d'inscription :

- à partir de février pour le CAP APR,
- entre février et mai pour le CAP AEPE,
- par courrier ou téléphone (**standard : 01 45 48 43 46**)
- téléchargeable sur notre site www.carcado-saisseval.com

▲ Etape 2 : Compléter le dossier et le retourner ou déposer, avec les documents demandés ci-après, au centre de formation.

▲ Etape 3 : Pour les candidats au CAP APR :

Répondre aux tests écrits lors d'un rendez-vous fixé par courrier postal ou électronique et/ou téléphone, si le dossier est complet.

▲ Etape 4 : Se présenter à l'entretien de motivation.

Documents permettant l'étude de la candidature :

- . Le dossier complété et signé avec une photo du candidat collée en première page
- . La copie de la pièce d'identité en cours de validité du candidat
- . Pour les candidats de nationalité étrangère à l'union européenne :
la photocopie du passeport et de la carte de séjour mentionnant l'autorisation de travailler
- en cours de validité -
- . 1 curriculum vitae
- . 1 lettre de motivation manuscrite
- . Le questionnaire de personnalité complété
- . La copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité Sociale (pas de la carte vitale)
- . La fiche médicale renseignée par le médecin traitant, au plus tard lors de l'entretien
- . La copie des 3 derniers bulletins de notes
- . La copie de chaque diplôme, du relevé de notes du baccalauréat si non obtenu
- . L(es) attestation(s) de stage et/ou de travail, la copie des évaluations de stage
- . La copie du contrat d'apprentissage précédent
- . La copie de la Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé

La charte informatique (annexe 2) acceptée et signée sera remise au plus tard le premier jour de cours.

▫ **Contact de l'UFA : Madame BRETONICHE, responsable de l'UFA**

- ✓ **Téléphone : 01 45 48 43 46 (standard)**
- ✓ **Courrier : 121 boulevard Raspail CS 10622 75006 PARIS**
- ✓ **Courriel : ufa@carcado-saisseval.com**



DEMANDE D'INSCRIPTION

UFA 2018

(Unité de Formation en Apprentissage)

Ce dossier est à faire parvenir au centre de formation complété et signé avec les pièces demandées en page de présentation.

Formation demandée :

- CAP AEPE (Accompagnant Educatif Petite Enfance) 1 an
 CAP APR (Agent Polyvalent de Restauration)
 Passerelle APR

Photo récente
du candidat
Obligatoire

Le candidat :

NOM : _____

Prénom(s) : _____

Sexe : M F Age : _____ ans Né(e) le : ____ / ____ / ____

A : _____ Département/pays/arrondissement : _____

Nationalité : _____ Nombre de frère(s) et/ou de sœur(s) : ____ / ____

Adresse : _____

E-mail : _____ @ _____

Tél. fixe : _____ Portable : (06 ou 07) _____

Votre situation familiale : Célibataire Vie maritale Marié Séparé
 Divorcé Autre situation (préciser) _____

Avez-vous des enfants ? Oui Non

Si oui, âge(s), mode de garde : _____

Les expériences scolaires ou professionnelles :

	Classe ou Formation ou Emploi	Etablissement fréquenté ou Employeur Nom et adresse
depuis sept 2017		
sept 2016 à sept 2017		
sept 2015 à sept 2016		

Avez-vous déjà été apprenti(e) ? Oui Non

Diplôme(s) obtenu(s) : _____

Etes-vous inscrit(e) au Pôle Emploi ? Non Oui, depuis _____ mois

**Le responsable légal du candidat mineur :**

Parents Père Mère Autre : _____

Les coordonnées personnelles :

	Nom - Prénom	Adresse complète	Téléphone fixe / portable
du Père	@.....	
de la Mère	@.....	
Autre (préciser) _____	@.....	

Les coordonnées professionnelles :

	Nom de l'Entreprise	Adresse complète	Téléphone fixe / portable
du Père			
de la Mère			

Pour tous les candidats :

Profession du Père : _____ Profession de la mère : _____

Situation familiale des parents : Mariés Séparés Divorcés Célibataire
 Vie maritale Veuf(ve) Autre situation _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Tél : _____

Avez-vous des informations particulières de nature à influencer sur la formation à nous signaler (santé, handicap, famille, travail, problèmes financiers, autre...) ?

Non Oui Si oui, merci de nous préciser lesquels :

Etes-vous suivi par un conseiller de mission locale un éducateur
 un référent handicap une assistante sociale

Si oui, merci de préciser ses coordonnées complètes :

Nom, prénom, fonction : _____

Nom et adresse de la structure : _____

Tél. fixe : _____ Portable : (06 ou 07) _____

E-mail : _____@_____



NOM et Prénom du candidat : _____

➤ **Après à avoir pris connaissance :**

- du Règlement Général 2018-2019 (annexe 1, disponible sur internet)
- de la Charte Informatique (annexe 2, disponible sur internet)

je m'engage à les respecter.

- Je donne mon autorisation à l'UFA du lycée CARCADO-SAISSEVAL, représenté par son Chef d'Etablissement, Monsieur NIOL, d'utiliser les photos de groupes ou individuelles, vidéo ou films collectifs sur lesquels je figure destinés à sa communication interne et externe avec ses partenaires habituels (ApeI, Enseignement Catholique, Aplon...)

sans contrepartie financière.

- Les informations recueillies ici sont obligatoires pour l'inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont conservées conformément à la loi, au départ du candidat, dans les archives de l'établissement. Certaines de ces informations seront transmises, à sa demande, au Rectorat de l'Académie, à la Région Ile de France et à l'organisme habilité à collecter la Taxe d'Apprentissage « ASP-Octalia ».

- Une photo d'identité numérisée sera conservée par l'établissement; elle ne sera jamais communiquée à des tiers.
- Conformément à la loi française n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez demander communication et rectification des informations vous concernant en vous adressant au chef d'établissement.

Votre accord ou votre refus sera valable, sauf avis contraire de votre part, pour toute la durée de votre inscription à l'UFA CARCADO-SAISSEVAL.

- Je déclare sur l'honneur que tous les éléments portés à la connaissance de l'UFA du lycée CARCADO-SAISSEVAL sont rigoureusement exacts et je confirme ma demande d'inscription pour l'année 2017 à Monsieur Cyrille NIOL, Chef d'Etablissement.

Bon pour accord,

Fait à _____ Le _____ 2018

Signatures obligatoires :

du candidat	Si le candidat est mineur :		
	du père	de la mère	du responsable si différent du père ou de la mère

**Partie réservée au Candidat :**

Pour nous permettre de mieux vous connaître, nous vous demandons de prendre le temps de compléter ci-après **le questionnaire sur votre personnalité.**

1. Expliquez en quelques mots votre projet professionnel

2. Avez-vous déjà des expériences professionnelles ? oui non

. en restauration : oui durée : non

. auprès d'enfants : oui durée : non

. dans un autre domaine professionnel : oui non

Si oui, préciser le domaine : la durée :

3. Que vous ont apporté ces expériences ? :

4. Quelles sont vos qualités principales ? :	5. Quels sont vos défauts ou limites ? :

Citez 2 situations personnelles ou professionnelles où vous vous êtes senti(e) :	
6. véritablement à l'aise :	7. en difficulté :

8. Parmi les qualités professionnelles suivantes, indiquez les 3 plus importantes pour vous en les numérotant (1 : la plus importante) :

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> politesse | <input type="checkbox"/> compréhension des instructions | <input type="checkbox"/> enthousiasme |
| <input type="checkbox"/> écoute | <input type="checkbox"/> bonne communication avec les supérieurs | <input type="checkbox"/> soin dans le travail |
| <input type="checkbox"/> rapidité | <input type="checkbox"/> sens de l'initiative | <input type="checkbox"/> disponibilité |
| <input type="checkbox"/> honnêteté | <input type="checkbox"/> capacité d'adaptation | <input type="checkbox"/> questionnement |

Vaccinations Obligatoires UFA

Année 2018

✓ **Pour tous les candidats**

Nous vous demandons de nous fournir, dans les meilleurs délais et **au plus tard le premier jour des cours** :

- ✓ soit un certificat médical mentionnant les dates des vaccinations ;
- ✓ soit les photocopies LISIBLES des pages correspondantes du carnet de santé avec **nom, prénom et date de naissance sur chaque page.**

Sans ces documents, le candidat ne pourrait pas aller en milieu professionnel, ce qui compromettrait son inscription.

Avant ou au début de la période d'apprentissage, une visite d'information et de prévention auprès de la médecine du travail, organisée par l'employeur, sera obligatoire.

Certaines entreprises peuvent demander des vaccinations particulières.

✓ **Pour les candidats entrant en CAP APR (Agent Polyvalent de Restauration)**

- Dernier rappel DT Polio.
- B.C.G.
- Il est conseillé de faire pratiquer
 - La vaccination anti-hépatique B ENGERIX HEVAC B
 - La vaccination ROR (2 injections)

✓ **Pour les candidats entrant en CAP AEPE (Accompagnant Educatif Petite Enfance)**

- Dernier rappel DT Polio.
 - 2 injections Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR ou PRIORIX) en l'absence d'immunité naturelle.
 - Les deux ou trois premières injections de la vaccination anti-hépatique B (obligatoire depuis le 01/01/1991) selon le schéma vaccinal adopté par le médecin de famille.
- Si le dernier rappel date de plus de 10 ans : la recherche d'anticorps anti-HBS positif est conseillée.
- B.C.G.

Fiche médicale du candidat

A remplir par le **Médecin traitant**

Les renseignements médicaux sont très importants à connaître pour la formation du stagiaire ou de l'apprenti et le choix de son orientation professionnelle tout autant que pour l'exercice des périodes en milieu professionnel qu'il aura à effectuer. En cas de refus ou de dissimulation de certains éléments, cela pourrait mettre en cause les périodes en entreprise et l'inscription dans notre établissement.

NOM et Prénom : _____ **Classe UFA en 2018 :** _____

Né(e) le : ___/___/___ **Sexe :** F M **Numéro de Sécurité Sociale :** _____

► **Coordonnées téléphoniques de la personne à prévenir en cas d'urgence :** _____

► Etat de santé du candidat :

► Antécédents médicaux et chirurgicaux :

► Existe-t-il : un problème de santé (affection chronique, traitement de longue durée...) ?

non oui, traitement éventuel :

Cette affection a-t-elle nécessité la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? non oui

Cette affection demande-t-elle une surveillance particulière à prendre au sein de l'établissement ? non oui, précisez :

Psychomotricité et latéralisation :

- . gestuelle précise et sûre oui non
- . bonne orientation temporo-spatiale oui non

Qualités psycho-sensorielles :

- . bonne audition (même appareillée) oui non
- . vision correcte (même corrigée) oui non
- . bonne compréhension du langage et de consignes simples oui non

Aptitude du candidat à suivre un enseignement de techniques professionnelles culinaires ou sanitaires et sociales et nécessitant une bonne santé physique :

- . capacité de port de charge (par exemple denrées alimentaires ou enfant) oui non
- . capacité de tenir des positions accroupie, penchée ou agenouillée oui non
- . station debout prolongée autorisée oui non
- . absence de problème de colonne vertébrale, genoux ou veineux dans les membres inférieurs oui non
- . absence de problèmes allergiques, cutanés ou respiratoires (pouvant être déclenchés par des produits d'hygiène, d'entretien) oui non

Date :

Nom du Médecin :
Signature du Médecin :

Cachet du Médecin :

Fiche médicale du candidat

A remplir par le **Médecin traitant** et à retourner sous pli confidentiel

Les renseignements médicaux sont très importants à connaître pour la formation du stagiaire ou de l'apprenti tout autant que pour l'exercice des périodes en milieu professionnel qu'il aura à effectuer. En cas de refus ou de dissimulation de certains éléments, cela pourrait mettre en cause les périodes en entreprise et l'inscription dans notre établissement.

NOM et Prénom : _____ **Classe UFA en 2018 :** _____

Né(e) le : ___/___/___ **Sexe :** F M **Numéro de Sécurité Sociale :** _____

► **Coordonnées de la personne à prévenir en cas d'urgence :** M. _____

Tél : _____

Je soussigné(e) Docteur.....

Certifie les informations ci-dessous pour (nom, prénom).....

► Etat de santé du candidat :

► Antécédents médicaux et chirurgicaux :

► Existe-t-il : un problème de santé (affection chronique, traitement de longue durée...) ?

non oui, traitement éventuel :

Les vaccinations respectent l'**Article L3111-4 et L3111-1 du Code de Santé Publique (CSP)** [arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L3111-4 du CSP] concernant l'obligation d'une vaccination pour les apprenants suivant une formation dans le domaine de la santé.

Vaccinations obligatoires à jour : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf

Dernier rappel effectué contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite	Nom du vaccin	Date
Contre l'hépatite B , il/elle est considéré(e) comme :	⇒ immunisé(e) contre l'hépatite B :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	⇒ non répondeur à la vaccination :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
* Si non, faire la vaccination rapidement.		
par le BCG	Nom du vaccin	Date (dernier vaccin)
	<input type="checkbox"/> Vaccin intradermique <input type="checkbox"/> Monovax	
IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

Vaccination recommandée

Injection(s) contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (2 injections sont conseillées)	Nom du vaccin	Date(s)

Date :	Signature du Médecin :	Cachet du Médecin :