



Formation Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons, ci-joint, le dossier d'inscription concernant les épreuves de sélection à l'entrée en formation **d'Aide Médico Psychologique**.

La date limite pour déposer votre dossier d'inscription est le **Mercredi 14 octobre 2009** (le cachet de la poste faisant foi)

Direction pédagogique : Mme BORDE

Coordinateur pédagogique AMP : Mr DOS SANTOS

Tél : 05.34.63.89.12

Port : 06.47.29.37.12

Personne à contacter pour les inscriptions : Mlle COLLEONI

Tél : 05.34.63.89.19

Mail : ml.colleoni@ifrass.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

NOM :

PRENOM :

Formation initiale

Formation continue : En fonction d'AMP

Non fonction d'AMP

Nous vous demandons de remplir attentivement ce questionnaire.

Toutes les réponses personnelles que vous pourrez faire sont couvertes par le secret professionnel. Veuillez envoyer **avec le questionnaire les pièces demandées.**

Les dossiers incomplets seront retournés.

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

- Lettre de motivation personnalisée et détaillée des motifs de candidature (sur papier libre)
- Copie recto/verso de la carte d'identité (valable jusqu'en mars 2010)
- 2 photographies d'identité récentes (nom et prénom au dos)
- 2 timbres au tarif en vigueur
- Photocopies des diplômes
- Chèque de 40 euros à l'ordre de l'IFRASS pour l'épreuve écrite ;
- Chèque de 70 euros à l'ordre de l'IFRASS pour l'épreuve orale ;

ETAT CIVIL

*Photo d'identité
A coller*

NOM : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____ **Sexe :** _____

Date et lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____/ **Portable :** ____/____/____/____/____/

E-mail : _____

Situation familiale :

Marié(e) Divorcé(e) PACS
Célibataire Veuf (ve) Concubin(e)

Profession de votre conjoint(e) :

Si vous avez des enfants (nombre, âge, sexe) :

PARCOURS SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL

Etes-vous titulaire d'un des 10 titres ou diplômes ci-dessous, qui vous dispensent de l'épreuve écrite d'admissibilité à la sélection ? OUI NON

Joindre obligatoirement une photocopie du diplôme obtenu (réf : arrêté du 11 avril 2006)

Diplôme	Date d'obtention	Etablissement
DE Auxiliaire de Vie Sociale Ou mention complémentaire Aide à domicile		
D.P d'Aide Soignant		
D. P d'Auxiliaire de Puériculture		
B.A.P.A.A.T		
B.E.P Carrières Sanitaires et Sociales		
B.E.P.A Options services aux personnes		
C.A.P Petite Enfance		
C.A.P.A. Service en Milieu rural		
D.E. d'Assistant Familial		
Titre Assistant de vie		

Attention : si vous êtes titulaire d'un DE d'Auxiliaire de vie sociale ou mention complémentaire Aide à domicile, DP d'Aide Soignant, DP d'Auxiliaire de Puériculture ou BAPAAT, vous êtes déjà titulaire de 1 à 4 des domaines de formation (DF) dans la formation d'AMP ; vous serez donc dispensé(e) des enseignements et des épreuves de certification de ces DF dans votre cursus. Une facturation spécifique sera opérée pour le coût de la formation.

AUTRES TITRES OU DIPLOME

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

ANNEE De 19 à	ETABLISSEMENTS	DIPLOMES	DATE D'OBTENTION

II – FORMATION PROFESSIONNELLE

ANNEE De 19 à	ETABLISSEMENTS	DIPLOMES	DATE D'OBTENTION

III – AUTRES FORMATIONS

ANNEE De 19 à	ORGANISMES	DIPLOMES OBTENUS	DATES

CARRIERE PROFESSIONNELLE

I – Dans le secteur « personnes handicapées » ou « personnes âgées » avant votre emploi actuel

ANNEE	ETABLISSEMENTS EMPLOYEURS	FONCTION ET EMPLOI TENU

II- Emploi et poste occupé pendant la formation d'AMP (à remplir et à faire signer par l'établissement employeur)

La formation d'AMP est dispensée dans le cadre de cette promotion en **cours d'emploi** aux personnes titulaires **d'un contrat de travail** (CDD, CDI, Contrat de Professionnalisation, CAE, Contrat d'Apprentissage ...) **d'au moins 18 mois** (durée de la formation) **et au minimum à mi-temps**. Dès le début de sa formation, **le stagiaire doit être affecté à des tâches relevant des missions de l'AMP**.

Etablissement employeur : _____

Service ou unité : _____ Directeur(trice) : _____

Adresse : _____

Code Postal _____ VILLE : _____

Tél : ____/____/____/____/____/ Fax : ____/____/____/____/____/

E-mail : _____

Contrat de travail :

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Contrat à durée indéterminée | depuis le _____ |
| <input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée | Du _____ au _____ |
| <input type="checkbox"/> Contrat de Professionnalisation prévu | Du _____ au _____ |
| <input type="checkbox"/> Contrat d'Apprentissage prévu | Du _____ au _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : | Du _____ au _____ |

CIF CDD Oui Non CIF CDI Oui Non

Organisme paritaire Collecteur Agréé auquel adhère votre employeur (nom et adresse complète) : _____

Durée hebdomadaire de travail : _____

Dénomination du poste occupé et description de celui-ci : _____

Dans le cadre de l'arrêté du 11 avril 2006 relatif au DEAMP, 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 de stagiaire AMP sur le terrain professionnel, **l'établissement s'engage à :**

- affecter le stagiaire dès le début de la formation à des tâches relevant du métier d'AMP,
- faire accompagner le stagiaire par un travailleur social ou paramédical diplômé dont le nom devra figurer sur la fiche d'inscription à la formation,
- offrir à cet accompagnateur de stage les moyens nécessaires à ce suivi (temps de rencontres avec le stagiaire hors situation de travail, rencontres avec l'équipe pédagogique, sollicitations par cet accompagnateur du centre de formation autant que de besoin, participation aux réunions d'évaluation sur le terrain, élaboration d'un projet de formation interne dans l'établissement employeur)

A _____ le _____

Signature du Directeur de l'Etablissement employeur et cachet

Il y a certainement quelques sujets, évènements ou questions évoqués ou non dans ce dossier qui vous tiennent à cœur plus particulièrement, ou bien vous préoccupent et justifient un développement plus long et plus personnel. Vous disposez pour cela de cet emplacement :

Date et signature :