

## Dossier d'inscription à la formation « Le parcours, référence et coordination »

Parcours Certifiant Fiche n° RS6552 France Compétences  
« **Exercer une mission de référent de parcours santé-social** »

Promotion 2024-2025

A retourner avant le 17 octobre 2024 à :

**Ecole Supérieure de Praxis Sociale**  
4 rue Schlumberger  
68200 MULHOUSE

### Pièces à joindre :

- Le bulletin d'inscription ci-après
- Une photo d'identité avec nom et prénom inscrits au dos
- La fiche de positionnement « annexe 2-A1 Unaforis » remplie et signée (ci-jointe)
- Un écrit d'une à deux pages argumentant l'acquisition de compétences dans l'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité et/ou de handicap à travers une ou des expérience(s) professionnelle(s)
- Tout document attestant d'expérience(s) dans l'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité et/ou de handicap : contrat(s) de travail, attestation(s) employeur(s), fiche(s) de poste(s), formation(s), stage(s)... (Cf exemple d'attestation d'expérience, « annexe 2-A2 »)
- Un CV
- Un accord ou un engagement de prise en charge financière du coût de la formation, signé et tamponné
- Une copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité



## Bulletin d'inscription à la formation « Le parcours, référence et coordination »

Parcours Certifiant Fiche n° RS6552 France Compétences  
« **Exercer une mission de référent de parcours santé-social** »

Promotion 2024-2025

### Type d'inscription :

Formation avec préparation à la certification (126 heures) + examen de certification	2898 € 545 € <b>Soit un TOTAL de 3443 €</b>	<input type="checkbox"/>
Uniquement à l'examen de certification + préparation à l'examen (14 heures)	545 € 322 € <b>Soit un TOTAL de 867 €</b>	<input type="checkbox"/>

NOM, prénom : .....

RQTH :  oui  non

Adresse personnelle : .....

N° de portable personnel : ..... N° de portable pro : .....

Email personnel : .....

Email professionnel : .....

Nationalité : ..... Date de naissance : .....

### Situation actuelle :

Salarié  Demandeur d'emploi  Indépendant  Autre (préciser) : .....

#### **Pour les salariés, merci de préciser :**

Raison Sociale employeur / Etablissement : .....

Poste occupé : .....

Nom et fonction du responsable : .....

Adresse du lieu de travail : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Personne en charge du suivi administratif : .....

Téléphone : ..... Email : .....

#### **Type de contrat de travail :**

CDI  CDD jusqu'au : .....  Contrat de professionnalisation

Autre (préciser) : .....

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION :**

- Employeur** (cachet et signature du responsable de l'établissement en bas du document)

Nom de son OPCO : .....

Adresse de facturation : .....

.....

Personne à contacter : .....

Téléphone : ..... Email : .....

- 
- Vous-même** (joindre une lettre d'engagement datée et signée)

Une facture sera adressée à l'adresse indiquée en 1<sup>ère</sup> page

- 
- Autres financements (CPF, OPCO, France Travail, Agefiph...)**

Joindre obligatoirement les justificatifs

**Organisme 1 :** ..... Montant pris en charge : .....

Adresse de facturation : .....

.....

Personne à contacter : .....

Téléphone : ..... Email : .....

**Organisme 2 :** ..... Montant pris en charge : .....

Adresse de facturation : .....

.....

Personne à contacter : .....

Téléphone : ..... Email : .....

---

**Signature du stagiaire**

**Signature de l'employeur + cachet**

Nom et fonction du signataire :

.....

Fait à : ..... le : ... / ... / .....

Fait à : ..... le : ... / ... / .....



Annexe  
2-A1

Fiche de positionnement – Expérience & Parcours de formation du Candidat

N° de fiche	Intitulé de la formation
RS 6552	Exercer une mission de référent de parcours santé et social

M.     Mme    NOM : .....

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

**Expérience professionnelle (rémunérée ou non) :**

*Expériences professionnelles (de la plus récente à la plus ancienne) :*

Fonction exercée	Type d'organisation lieu	Durée (de / à = XX mois/ans)	

*Expériences professionnelles complémentaires (de la plus récente à la plus ancienne) : stages, acquis personnels, activités sociales et syndicales, associatives, bénévolat, etc...*

Fonction exercée	Type d'organisation lieu	Durée (de / à = XX mois/ans)	

*Expériences personnelles en lien avec la certification visée (facultatif) :*

Evènement ou situation	Apprentissages réalisés ou connaissances acquises	Durée (de / à = XX mois/ans)	



**Annexe 2-A1**      **Fiche de positionnement – Expérience & Parcours de formation du Candidat**

**Parcours de formation du candidat :**

*Titres et diplômes obtenus (du plus récent au plus ancien) :*

Titre ou diplôme	Discipline	Ministère ou certificateur (Université, école, etc...)	Année	Pays	

*Titre ou diplôme en cours (si vous réalisez une ou plusieurs formations certifiantes ou diplômantes actuellement) :*

Titre ou diplôme	Discipline	Ministère ou certificateur (Université, école, etc...)	Année	Pays	

**Formations complémentaires :**

*Titres et diplômes obtenus (du plus récent au plus ancien) :*

Formation Intraentreprise / Module en ligne / Badges numériques, etc...	Discipline	Ministère ou certificateur (Université, école, etc...)	Année	Pays	

**RS 6552****Exercer une mission de référent de parcours santé et social**

**Exemple d'attestation d'expérience professionnelle justifiant de compétences dans l'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité pour l'accès à la certification de compétences UNAFORIS**

*(Fiche adaptable selon le profil du candidat et à remplir si le(s) certificat(s) de travail, de stage ou de bénévolat n'explique(nt) pas les tâches/missions effectuées ou si la personne n'en possède pas.)*

(Sur papier entête / merci de supprimer les mention inutiles)

**Attestation de la structure : (nom de la structure)**

Je soussigné(e) (prénom, nom),  
Agissant en qualité de : (titre de la fonction)

de l'établissement ou de service social ou médico-social suivant :

Nom de l'établissement : (nom de la structure)

Adresse : (n° de voie / Voie / Code Postal / Ville / Pays si hors France)

Téléphone : (n° de téléphone fixe et/ou portable)

E-mail : (adresse e-mail),

Accompagnant en partie ou exclusivement des personnes en situation de vulnérabilité, en internat ou en externat, atteste avoir accueilli :

Mme / M. : (prénom, nom)

Né(e) le : (date de naissance) à (ville)

En qualité de (Salarié(e) / Stagiaire / Bénévoles / etc. et l'intitulé du poste)

Elle/Il a effectué les tâches suivantes : .....

Durant la période de / (mois/année) à (mois/année)

A raison de XX heures par semaine

Nom du signataire, signature, ville, date et cachet de l'établissement