

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 2025

A retourner **au plus tard le 24 février 2025** 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 2025

Type d'inscription :

Formation avec préparation à la certification (126 heures) + examen de certification	2898 € 545 € Soit un TOTAL de 3443 €	<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^{ère} 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