ANNÉE UNIVERSITAIRE 2025 / 2026

DOSSIER D'INSCRIPTION
A LA FORMATION D'AIDE SOIGNANT

INFORMATIONS ET CONSIGNES
(A lire attentivement)

Ce dossier est à adresser par courrier en recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante ou en mains propres au secrétariat :

Campus des Métiers de la Santé
EPSM Val de Lys Artois
Bat 9 - 10, 20, rue de Busnes – BP 30
62350 SAINT VENANT.

Le vendredi 25 juillet 2025 au plus tard.

Tout dossier incomplet ne sera pas accepté et l'inscription sera refusée.

Le dossier doit être imprimé exclusivement EN RECTO.

Les dates à retenir :

- **La pré-rentrée, fixée le jeudi 28 août 2025 à 9h.**
- **L'entrée en formation, fixée le lundi 1er septembre 2025 à 8h30.**

Pièces à joindre obligatoirement au dossier

- **La fiche de renseignements** dûment complétée ***(annexe 1).***

- **Une photocopie** de :
  - ✓ votre carte d'identité ou votre passeport en cours de validité, *(recto/verso en couleur)*,
  - ✓ votre carte vitale,
  - ✓ votre AFGSU de niveau 2 *(Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence)* pour les personnes concernées.
  - ✓ Pour les ressortissants étrangers :
    - o un titre de séjour **avec mention étudiant en cours de validité** à l'entrée en formation,
    - o une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2,

- La **Notification MDPH** pour les personnes en situation de Handicap qui souhaitent bénéficier d'un aménagement lors des épreuves.

- **La déclaration** relative au **financement** de la formation. **(*annexe 2).***

- Le document relatif à votre statut à l'entrée de la formation **(annexe3).**

- Une attestation d'**assurance « responsabilité civile »** garantissant la prise en charge, tant lors des stages que des trajets occasionnés par ceux-ci,
  - ✓ des accidents corporels causés aux tiers,
  - ✓ des accidents matériels causés aux tiers,
  - ✓ des dommages immatériels.

- Un **certificat médical,** émanant d'un médecin agréé (Cf liste via le lien indiqué à l'annexe 4), attestant que vous ne présentez pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ***(annexe 4).***

- Un **certificat médical de vaccinations,** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ***(annexe 5).***

- Une copie du **carnet de vaccinations**.

- **Uniquement** pour les étudiants **mineurs** à la date de la rentrée de septembre 2025, l'attestation d'autorisation d'effectuer les stages, dûment complétée ***(annexe 6).***

- Une copie du **Baccalauréat** ou du relevé de notes pour les néo-bacheliers**.**

- La **« fiche d'identification stagiaire - ARGOS»** dûment complétée ***(annexe 7).***

- La **« Demande d'admission au bénéfice des rémunérations des stagiaires de la formation professionnelle »** UNIQUEMENT pour les personnes inscrites à pôle emploi et ne percevant pas l'ARE (Allocation Retour à l'Emploi) ***(annexe 8).***

- La « **fiche d'identification du candidat »** dûment complétée (DREETS) ***(annexe 9).***

- Créer une adresse mail obligatoirement, sous le format suivant ***: nom.prenom2025@fournisseur d'accès.fr*** ou ***nom-prenom2025@fournisseur d'accès.fr.***

COÛT ET FINANCEMENT DE LA FORMATION

Coût pédagogique annuel (CURSUS COMPLET)	7 250 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – DEAP (2006)	3 100 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – DEAP (2021)	2 110 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – Bac ASSP (2011)	3 495 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – Bac SAPAT (2011)	4 815 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) - ADVF	5 340 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – ASMS	5 670 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – DEAS (2021)	4 286 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – DEAS (2016)	5 210 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – ARM (2019)	5 210 €
Coût pédagogique annuel (CURSUS PARTIEL) – Ambulancier (2006)	5 407 €

PUBLICS NON-ÉLIGIBLES AU FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE

Le financement de la formation des publics NON-ELIGIBLES peut être pris en charge par :

- **L'employeur : pour les salariés du secteur public (y compris en disponibilité) et privé.**
- **Un Opérateur de Compétences (OPCO) :** pour les salariés en Congé de Formation.
- **L'étudiant :** financement personnel.

PUBLICS ÉLIGIBLES AU FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE

Les modalités de financement de la formation par la Région Hauts de France s'appliquent uniquement à :

- Toute personne admise dans un institut de formation autorisé et financé par la Région hauts de France et ce, quelle que soit son origine géographique.
- Toute personne remplissant les conditions de nationalité : français ou ressortissant d'un pays de l'Union Européenne ou étranger avec un titre de séjour mention étudiant en cours de validité.

FINANCEMENT RÉGIONAL

La Région Hauts de France finance les parcours de formation des personnes répondant aux statuts suivants **à la date de clôture des dossiers d'inscription aux épreuves de sélection :**

STATUT	CONDITIONS	JUSTIFICATIFS A FOURNIR A L'INSTITUT
Les élèves ou étudiants	➢ Les élèves ou étudiants **en poursuite d'études sans interruption** quel que soit le niveau de formation initiale (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiants)	Certificat de scolarité de l'année N
	➢ Les élèves ou étudiants **ayant achevé leur formation initiale moins d'un an** (ou une année scolaire) avant le démarrage de la formation	Certificat de scolarité de l'année N-1
	➢ Les élèves ou étudiants **dont le service civique a débuté moins d'un an** après la fin de formation initiale et s'est achevée dans un délai d'un an avant l'entrée en formation.	Certificat de scolarité de l'année N-1 Attestation de service civique
Les demandeurs d'emploi inscrits à France Travail, indemnisés ou non par l'Assurance Chômage	➢ **Sans contrat de travail**, avec ou sans indemnisation de France Travail	Justificatif de France Travail
	➢ Titulaire d'un **contrat d'apprentissage ou de professionnalisation** achevés avant l'entrée en formation	Copie du contrat d'apprentissage Ou de professionnalisation
	➢ Titulaires d'un **contrat de travail temporaire**	Copie du contrat de travail
	➢ **Contrat à durée déterminée** (CDD) y compris de la fonction publique	Copie du contrat de travail
	➢ **Contrat à durée indéterminée** (CDI) inférieur ou égal à 87h par mois	Copie du contrat de travail
	➢ **Démission d'un CDI de plus de 87h/ mois** uniquement dans le cadre de démissions légitimes conformément à l'accord d'application relatif à l'assurance chômage en vigueur	Justificatif de France Travail
	➢ **Démission reconversion** : les salariés entrant dans le cadre de dispositif « démission reconversion » dont le 1er RDV avec un conseil en évolution professionnelle a eu lieu avant la date de clôture des inscriptions à la sélection	Justificatif du dispositif de démission reconversion
	➢ **Licenciement** intervenant après la date de clôture des inscriptions aux épreuves de sélection (hors abandon de poste assimilé à une démission)	Justificatif de Licenciement
	➢ **Les militaires sous contrat** ayant un projet de reconversion validée par leur institution (excepté les militaires de carrière)	Justificatif de validation de leur institution
	➢ **Les militaires en fin de contrat** ayant un projet de reconversion validée par leur institution	
	➢ **Contrat de Sécurisation Professionnelle** (CSP) qui prend fin avant l'entrée en formation ou les personnes qui ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge complète de leur parcours via le CSP (dans ce cas la Région financera la totalité du parcours)	Copie du CSP

BOURSE RÉGIONALE

Toute demande de bourse devra être saisie sur la plateforme régionale des bourses d'études sanitaires et sociales de juin à novembre 2025.
L'adresse de connexion est : https://aidesindividuelles.hautsdefrance.fr

Contacts : numéro vert **0 800 026 080 –** Courriel : bess@hautsdefrance.fr

TENUE PROFESSIONNELLE

L'instruction ministérielle N° DGOS/RH1/2020/155 du 9 septembre 2020 impose aux établissements accueillant des étudiants et élèves en santé non-médicaux en stage, la mise à disposition et l'entretien de tenues professionnelles.

Tous les établissements partenaires ne sont pas en capacité de mettre en œuvre cette instruction.

Afin que les conditions requises en stage et en laboratoire soient respectées, l'achat d'une ou plusieurs tenues professionnelles est donc vivement recommandé.

Je vous invite à télécharger la fiche correspondante à votre section sur le site du campus et à vous rendre sur le site de Work shop du 25/08/2025 au 30/09/2025 (pour une livraison en octobre au Campus). La date de livraison vous sera communiquée ultérieurement.

Work Shop
Parc d'activité du Moulin
Rue des Epis
62660 BEUVRY
Tél : 03.21.57.07.06

Work Shop
9 A rue des Pâquerettes
62217 BEAURAINS
Tél : 03.74.39.19.30

RESTAURATION

Les élèves ont la possibilité de se restaurer au Self de l'EPSM. Le prix unitaire du ticket « étudiant » s'élève à 3 euros.

La vente de tickets a lieu du lundi au vendredi de 9 h 00 à 12 h 00 (Service Gestion des Biens situé à l'entrée de l'EPSM).

Possibilité de se restaurer au Self de l'EPSM le jour de la pré-rentrée. Vous pourrez acheter des tickets le jour même. Pour ce faire, prévoir un chèque ou faire l'appoint en liquide pour le nombre de tickets souhaités.

Annexe 1

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – A.S.

NOM DE NAISSANCE : …… Prénom(s) : ……
NOM D'USAGE : ……
DATE ET LIEU DE NAISSANCE : ……
NATIONALITÉ : ……
Situation familiale : …….. Sexe : ☐ F ☐ M

N° de Sécurité Sociale : ___ _____ _____ _____ _____ _____ ___ clé _____

Adresse de résidence durant votre formation :

……
……
Téléphone : …… Portable : ……
Email : …… @ ……

CURSUS COMPLET ☐ **CURSUS PARTIEL** ☐

CURSUS EN APPRENTISSAGE **OUI** ☐ **NON** ☐

Date d'obtention du Baccalauréat : …… Série : ……
Identifiant National Etudiant (INE) : ……
(Numéro fourni à l'épreuve de français du baccalauréat, figure également sur le relevé de notes du baccalauréat)

Avez- vous une expérience en milieu hospitalier ?
Si oui :

☐ en stage (*précisez la formation) :*……
☐ en contrat *(précisez l'emploi) :*……
☐ autres *(précisez)* : ……

Lieu(x) : ……
……
……

Connaissez-vous des personnes travaillant en milieu hospitalier ou en clinique ?
Si oui, indiquez l'identité de la personne, le lien de parenté et le lieu d'exercice :

……
……
……

<u>En cas d'urgence, prévenir</u> :
NOM et Prénom : ……
Lien : ……
Téléphone : …… Portable : ……

Je soussigné(e) …… atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A …… le ……
Signature :

Annexe 2

DÉCLARATION RELATIVE AU FINANCEMENT DE LA FORMATION

NOM : …… NOM d'usage (marital) : ……

Prénom : ……..

Cocher la case correspondant à votre situation (les justificatifs demandés sont **OBLIGATOIRES**) :

- ❑ **Vous êtes élève SANS interruption de scolarité, fournir :**
  - un certificat de scolarité de l'année N.

- ❑ **Vous êtes élève ayant interrompu votre scolarité moins d'un an avant le démarrage de la formation ou ayant débuté un service civique moins d'un an après la fin de formation initiale, fournir :**
  - un certificat de scolarité de l'année N-1.
  - une attestation de service civique éventuellement.

- ❑ **Vous êtes demandeur d'emploi inscrit à France Travail, fournir :**
  - une attestation d'inscription sur la liste des demandeurs d'emploi.
  - Copie du contrat de travail éventuellement.
  - Préciser si vous êtes indemnisé(e) par France Travail ? ☐ oui ☐ non

- ❑ **Vous êtes salarié(e) et votre employeur prend en charge les frais pédagogiques, fournir :**
  - une attestation de prise en charge du coût total de formation par l'employeur ou un organisme de financement.

- ❑ **Vous prenez en charge personnellement le coût de la formation, fournir :**
  - une attestation datée et signée par vos soins de prise en charge du coût total de la formation.

- ❑ **Autre**, préciser : ……
……
……

Je soussigné(e) ……,

atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A : …… Le : ……/……/……..

Signature :

Annexe 3

STATUT A L'ENTRÉE EN FORMATION

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2025/2026

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

1. SITUATION A L'ENTRÉE EN FORMATION :

- ❑ A la recherche d'un emploi
- ❑ En activité
- ❑ En poursuite d'études

2. STATUT A L'ENTRÉE EN FORMATION :

- ❑ Apprenant en parcours de formation initiale
  Rendez-vous directement à la question N°4
- ❑ Salarié ❑ droit public ❑ droit privé
  ❑ titulaire ❑ contractuel
- ❑ Personne en recherche d'emploi inscrite sur la liste France Travail

- Date d'inscription :
- Indemnisé : oui ❑ non ❑
- N° identifiant pôle emploi :

- ❑ Personne en recherche d'emploi non inscrite sur la liste Pôle Emploi
- ❑ Activité bénévole (engagement citoyen)
- ❑ Intermittent du spectacle
- ❑ Personne en Contrat de Sécurisation Professionnelle

3. PARTICULIER EMPLOYEUR : ❑ OUI ❑ NON

Si NON, dernier employeur et emploi occupé :

Raison sociale :

Adresse :

Ville :

N° SIRET :

N° URSSAF :

Dernier emploi occupé :

CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE :

- ❑ Agriculteurs exploitants
- ❑ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- ❑ Cadres et professions intellectuelles supérieures
- ❑ Employés
- ❑ Ouvriers
- ❑ Professions Intermédiaires

TYPE DE CONTRACTUALISATION :

- ❑ CDD Contrat à durée déterminée
- ❑ CDI Contrat à durée indéterminée
- ❑ Contrat d'apprentissage (alternance)
- ❑ Contrat de professionnalisation (alternance)
- ❑ Contrat de Sécurisation professionnelle (CSP)
- ❑ Intérimaire (mission d'intérim)
- ❑ Autre

DATE DE FIN DE CONTRAT OU DE RUPTURE DU CONTRAT :

MOTIF DE FIN DE CONTRAT :

4. MOTIF D'ENTRÉE DANS LE CYCLE DE FORMATION :

- ❑ Début prévu de formation
- ❑ Mutation (en provenance d'autre établissement)
- ❑ Redoublement (changement de promotion)
- ❑ Réintégration

5. NIVEAU SCOLAIRE A L'ENTRÉE EN FORMATION :

- ❑ 1ère ou 2e année de DEUG, DUT, BTS, école des FFS
- ❑ 2de, 1ère ou 2e année de CAP ou BEP
- ❑ 3e ou première année de CAP ou BEP
- ❑ Classes de 2e ou 3e cycle de l'enseignement supérieur
- ❑ Primaire, 6e, 5e, 4e, CPA, CPPN ou CLIPA
- ❑ Terminale

6. NIVEAU DE CERTIFICATION MAXIMUM AU MOMENT DE L'ENTRÉE EN FORMATION :

❑ NIVEAU 1 (Sans niveau spécifique)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 2 (Sans diplôme ou Diplôme du Brevet)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 3 (CAP, BEP…)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 4 (BP, BT, Baccalauréat, AIDE-SOIGNANT)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 5 (BTS, DUT, etc...)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 6 (Licence, master 1)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 7 (Grade master)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 8 (Doctorat, etc..)	Année d'obtention :

Annexe 4

CERTIFICAT MÉDICAL

AS

CERTIFICAT MÉDICAL

Art 54 de l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des Instituts de Formation paramédicaux.

Je soussigné(e) :.....médecin agréé, atteste que :

NOM : .....

NOM de jeune fille *(obligatoire pour les femmes mariées)* : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la professioninfirmière.

Date	Cachet	Signature

La liste des médecins agréés* est disponible sur le site de l'ARS à l'adresse suivante :

https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/liste-des-medecins-agrees-en-hauts-de-france-0

**la liste des médecins agréés pour la fonction publique conformément au décret n° 2013-447 du 30 mai 2013 modifiant le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.*

Annexe 5

CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATION

NOM DE FAMILLE : **NOM D'USAGE :** (AS)

Prénom : **Date de naissance :**

Les vaccinations doivent être anticipées avant l'entrée en formation.
Lors du premier stage, une attestation annotée "en cours de vaccination" ne permet pas l'entrée en stage et la formation est automatiquement suspendue.

En référence à l'arrêté du 06 Mars 2007 et du 02 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L 3.111- 4 du code de la santé publique, au décret N° 2019-149 du 27 février 2019 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG.
LOI n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire.

VACCINATIONS OBLIGATOIRES				
	Nombre d'injection	Date	Rappel	Date
DIPHTÉRIE-TÉTANOS-POLIOMYÉLITE	1ère		1er rappel	
	2ème		2ème rappel	
	3ème		3ème rappel	
HÉPATITE B	1ère		1er rappel	
	2ème		2ème rappel	
	3ème		3ème rappel	
	Dernier dosage d'anticorps anti HBS		Date :	Résultat :

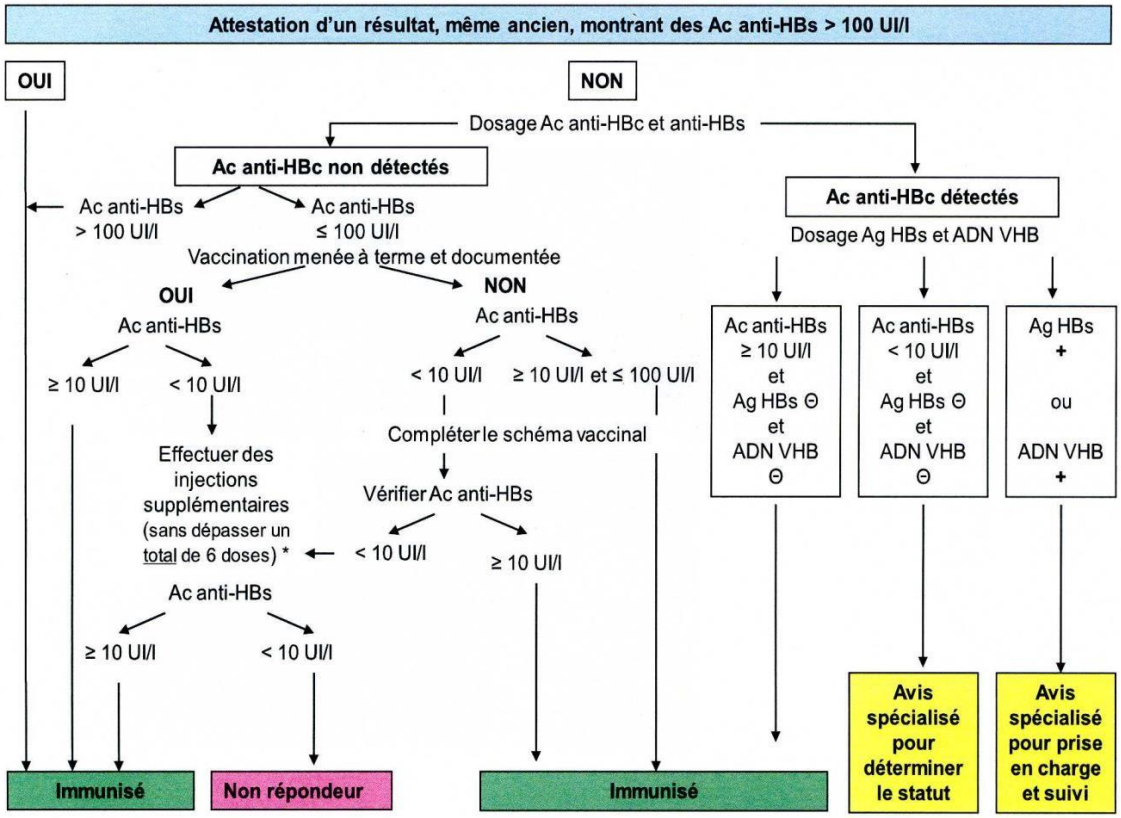
VACCINATIONS RECOMMANDÉES				
	Nombre d'injection	Date	I.D.R. Obligatoire *(Valeur de référence)*	
			Date	Résultat
TUBERCULOSE	1ère			
	2ème			

	Nombre d'injection	Date	Rappel	Date
COQUELUCHE	1ère		1er rappel	
	2ème		2ème rappel	
	3ème		3ème rappel	
R.O.R. *Rougeole/Oreillons/Rubéole*	1ère		1er rappel	
	2ème		2ème rappel	
VARICELLE	1ère		1er rappel	
	2ème		2ème rappel	
COVID-19	1ère		1er rappel	
	2ème		2ème rappel	

GRIPPE SAISONNIÈRE : la vaccination antigrippale reste fortement recommandée pour les professionnels de santé, étudiants en santé compris. *(Note d'information N°DGS/SP1/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2018/215 du 14 septembre 2018 relative à la vaccination contre la grippesaisonnière des personnels des établissements sanitaires et médico-sociaux)*

Date	Cachet	Signature

ALGORITHME POUR LE CONTRÔLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B DES PERSONNES MENTIONNÉES À L'ARTICLE L. 3111-4 ET DONT LES CONDITIONS SONT FIXÉES PAR L'ARRÊTÉ DU 2 AOÛT 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac: anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Références :

Articles L. 3111-1, L. 3111-4 et L. 3112-1 du code de la santé publique (CSP) ;

Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours) ;

Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques ;

Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L. 3111-4 du CSP ;

Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (titre III) ;

Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L. 3111-4 du CSP ;

Calendrier vaccinal en vigueur (*cf.* site du ministère chargé de la santé : http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html).

Annexe 6

AUTORISATION D'EFFECTUER LES STAGES DE LA FORMATION AIDE SOIGNANT POUR UN ÉLÈVE MINEUR

LE REPRESENTANT LÉGAL DU MINEUR

Je soussigné(e),

NOM : ……..Prénom : ……

Adresse : ……

Code postal : …… Ville : ……

Téléphone : ……..

Adresse mail : @

❑ Mère ❑ Père ❑ Autre *(précisez)* : ……

❑ **Autorise** ❑ **N'autorise pas**

à effectuer les stages de l'année de formation Aide Soignant durant **l'année universitaire 2023/2024.**

❑ ma fille ❑ mon fils ❑ Autre *(précisez)* : ……

L'ÉTUDIANT MINEUR

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de Naissance :

A ……, le ……

Signature de représentant légal

[1] *Article 371-1 du Code Civil*

Cofinancé par l'Union européenne

Région Hauts-de-France

INVESTIR DANS VOS COMPÉTENCES

ARGOS - FICHE IDENTIFICATION STAGIAIRE (V.2022-12-22)

Votre CODE Organisme >>> . Campus des Métiers de la Santé Val de Lys – Artois – Saint Venant

Numéro d'Action de Formation ARGOS >>>	
Date d'entrée en parcours de formation *(JJ/MM/AAA)* **: >>>**	_ _ / _ _ / _ _ _ _

ETAT CIVIL

Se munir du NIR du stagiaire pour l'inscription

☐ Mr ☐ Mme ☐ Mlle **NOM :** _____

HOMME ☐ FEMME ☐ **PRENOM :** _____

Né(e) le *(JJ/MM/AAA)* : _ _ / _ _ / _ _ _ _

NOM de NAISSANCE : _____

PAYS de NAISSANCE : _____

COORDONNEES

Adresse : _____

_____

Code postal : _ _ _ _ _ Ville : _____ Tel : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Email *: _____

** Attention - cette adresse mail sera utilisée pour toutes les correspondances ultérieures que la Région engagera avec vous (exemple, pour des enquêtes futures)*

FORMATION INITIALE ET CONTINUE

Quel est votre diplôme le plus élevé obtenu ?

- ☐ Sans diplôme
- ☐ Niveau1 (Cléa, MSB)
- ☐ Niveau2 (Sortie fin 3eme)
- ☐ Niveau3 (CAP /BEP)
- ☐ Niveau4 (BAC)
- ☐ Niveau5 (BAC+2, BTS/DUT)
- ☐ Niveau6 (BAC+3 – Licence/Master1
- ☐ Niveau7 (BAC+5 – Master/Ingénieur)
- ☐ Niveau8 (BAC+8 – Doctorat)

Quelle est votre dernière classe fréquentée ?

- ☐ Classe primaire ou non scolarisé
- ☐ 6eme ou 5eme collège
- ☐ 4eme ou 3eme collège
- ☐ 1ere ou 2eme année de CAP/BEP
- ☐ Dernière année de CAP/BEP
- ☐ Classe 2nd ou 1ere lycée
- ☐ Classe terminale (BAC ou BAC Pro)
- ☐ Dernière année de BAC + 2
- ☐ Dernière année de BAC + 3
- ☐ Dernière année de BAC + 4 ou 5
- ☐ Dernière année de BAC >5

Quel est votre niveau à l'entrée en formation (*)

- ☐ Niveau 1 : CLEA, MSB
- ☐ Niveau 2 : fin d'études 3ème
- ☐ Niveau 3 : CAP, BEP
- ☐ Niveau 4 : Bac
- ☐ Niveau 5 : BTS/ DUT ou Bac + 2
- ☐ Niveau 6 : Licence, master 1= BAC + 3 et 4
- ☐ Niveau 7 : Master 2, ingénieur, DESS = Bac + 5 et 6
- ☐ Niveau 8 : Doctorat = Bac + 8

Avez-vous des difficultés pour lire et écrire au quotidien?

☐ Oui ☐ Non

(*) 2021 - Nouvelle nomenclature des niveaux

SANTE

Etes-vous en situation de handicap ? ☐Oui ☐Non

Si oui, avez-vous une reconnaissance officielle de handicap (attestation MDPH, allocation adulte handicapé, pension d'invalidité, carte d'invalidité…) ? ☐ Oui ☐ Non

DEPARTEMENT OU TERRITOIRE D'OUTRE-MER

Habitez-vous dans un DOM-TOM *(Guadeloupe, Martinique…) ?* ☐Oui ☐Non

FAMILLE

Vivez-vous? ☐ Seul ☐ En couple ☐ Chez un parent

Nombre de personnes en emploi du foyer : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 et plus

Avez-vous un ou plusieurs enfants à charge ? ☐ Oui ☐ Non

Vos deux parents sont-ils nés en France? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

LOGEMENT

Vous êtes :

- ☐ *Propriétaire*
- ☐ *Locataire*

Avez-vous des risques de perdre votre logement ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

☐ *Autre (hébergement familial, foyer, autres….)*

ORIGINE DE LA DEMARCHE DE FORMATION

Quelle est la structure qui vous a orienté vers cette formation ?

- ☐ APEC
- ☐ Association d'insertion sociale
- ☐ Cap Emploi
- ☐ CCAS ou UTPAS
- ☐ Opérateur compétences clés
- ☐ Démarche personnelle
- ☐ Espace Info Formation
- ☐ Jury post VAE
- ☐ Missions Locales
- ☐ Conseil Départemental
- ☐ OPACIF
- ☐ Organisme de formation
- ☐ PLIE - MDE
- ☐ Pôle Emploi
- ☐ Proch'Emploi
- ☐ Structure d'insertion par l'activité économique
- ☐ Universités
- ☐ Agents Région (hors Proch'Emploi)
- ☐ EPIDE Etablissement pour l'insertion dans l'emploi
- ☐ Ecole de la 2ème chance

MOYENS DE TRANSPORT

Quels moyens de transport utilisez-vous pour venir en formation ?

- ☐ A PIED – A VELO
- ☐ BUS – TRAMWAY - METRO
- ☐ VOITURE – 2 ROUES MOTORISEES
- ☐ TRAIN
- ➢ TEMPS DE TRAJET (EN MINUTE) : …

Prestation HEBERGEMENT liée à la formation

Si hébergement :

Indiquez le Code Arrondissement (liste ci-dessous) : ……

AABB	Arrondissement d'Abbeville	ACHA	Arrondissement de Château-Thierry	ALIL	Arrondissement de Lille
AAMI	Arrondissement d'Amiens	ACLE	Arrondissement de Clermont	AMOD	Arrondissement de Montdidier
AARR	Arrondissement d'Arras	ACOM	Arrondissement de Compiègne	AMOT	Arrondissement de Montreuil
AAVE	Arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe	ADOU	Arrondissement de Douai	APER	Arrondissement de Péronne
ABEA	Arrondissement de Beauvais	ADKF	Arrondissement de Dunkerque-Flandre	ASTO	Arrondissement de Saint-Omer
ABET	Arrondissement de Béthune	ADKM	Arrondissement de Dunkerque-Maritime	ASTQ	Arrondissement de Saint-Quentin
ABOU	Arrondissement de Boulogne-sur-Mer	ALAC	Arrondissement de Laon-Chaunoy	ASEN	Arrondissement de Senlis
ACAL	Arrondissement de Calais	ALAL	Arrondissement de Laon-Laonnois	ASOI	Arrondissement de Soissons
ACAM	Arrondissement de Cambrai	ALEN	Arrondissement de Lens	AVAL	Arrondissement de Valenciennes
				AVER	Arrondissement de Vervins

SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION

Etes-vous allocataire de minima sociaux ?

- ☐ RSA - Revenu de Solidarité Active
- ☐ ASS - Allocation Spécifique de Solidarité
- ☐ AAH - Allocation Adulte Handicapé
- ☐ Non

SITUATION FACE AU MARCHE DU TRAVAIL

☐ **DEMANDEUR D'EMPLOI**

☐ **INSCRIT à Pôle Emploi**

N° Inscription (7chiffres et 1 lettre) : _____

Indemnisation Pôle Emploi : ☐Oui ☐Non

☐ **NON INSCRIT à Pole Emploi**

Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi ?

Nombre de mois _____

☐ **SALARIE** **SIRET Employeur** : ……

➢ ***Catégorie Socio professionnelle***

- ☐ Ouvrier non qualifié
- ☐ Ouvrier qualifié
- ☐ Employé non qualifié
- ☐ Employé qualifié
- ☐ Technicien Agent de Maitrise
- ☐ Cadre

Raison sociale employeur : ……

➢ ***Type de contrat***

- ☐ CDI
- ☐ CDD
- ☐ CDDI d'Insertion
- ☐ Contrats aidés secteur non marchand
- ☐ Contrats aidés secteur marchand
- ☐ Autres contrats aidés

➢ ***Temps partiel inférieur à 24 h semaine :***

☐Oui ☐Non

☐ **INDEPENDANT – ARTISAN**

☐ **CONGES MATERNITE CLCA**

☐ **PERSONNE SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE ET NON DEMANDEUR D'EMPLOI**

☐ **RETRAITE**

La Région mobilise des fonds publics pour financer votre formation, vous permettre d'améliorer vos compétences et améliorer vos possibilités de trouver un emploi. Il est donc de votre intérêt de vous investir et d'être assidus pour la réussite de cette formation.

Ces financements publics impliquent que la Région puisse évaluer la formation financée. C'est pourquoi, vous devez vous engager à utiliser les outils fournis par la Région notamment « NIVO Hauts-de-France » afin de permettre à la Région d'analyser l'efficacité de votre formation. Vous vous engagez aussi à répondre à l'enquête insertion qui a lieu 6 mois après votre sortie de formation. Cette enquête permet de vérifier la réussite de votre recherche d'emploi liée à votre formation.

L'ensemble de ces données doit permettre d'améliorer la qualité mais aussi de disposer d'une cartographie des sorties dans l'emploi suite à une formation financée par la Région.

Dans le cadre de sa mission de financement de la formation professionnelle (Article L6121-1 du code du travail), la Région recueille des informations à caractère personnel concernant les stagiaires. Ces informations font l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des parcours de formation et à l'élaboration de statistiques non nominatives. Les destinataires des données sont les services de la direction de la formation professionnelle de la Région Hauts-de-France, l'organisme dans lequel le stagiaire suit sa formation mais aussi l'Union Européenne, Pôle Emploi, l'Agence de Services et de Paiement, la Caisse des Dépôts et Consignations (pour le compte personnel de formation) et les organismes chargés par la Région Hauts-de-France d'une mission d'évaluation.

Conformément à l'article R6316-1 du code du travail sur la qualité de l'offre de formation, les données recueillies seront également utilisées de façon anonyme à des fins de suivi et d'évaluation de la qualité de l'offre de formation financée par la Région.

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification des données à caractère personnel vous concernant ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement de vos données. Vous pouvez exercer vos droits en écrivant à la direction de la formation professionnelle de la Région Hauts-de-France : dpo-fp@hautsdefrance.fr

Les données concernant la rémunération des stagiaires ne peuvent pas être effacées immédiatement. En effet, dans le cadre de son rôle d'employeur, la Région doit conserver les données de paie pendant 5 ans**.** Article L3243-4 et R1221-26 du code du travail.

Les données concernant le ou les parcours de formation sont soumises aux contrôles effectués par le Fonds Social Européen (FSE) qui oblige la Région à conserver les données des stagiaires pour une durée de 10 ans en conformité de l'article 17.3.b du Règlement (UE) 2016/679**.**

Pour les questions concernant les activités de traitement des données mises en œuvre par la Région Hauts-de-France, veuillez contacter le délégué à la protection des données (DPO) de la Région Hauts-de-France www.hautsdefrance.fr/informatique-et-libertes

SIGNATURE DU STAGIAIRE PARTICIPANT

Je soussignée(e) _____ ***(prénom – nom),***
déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués dans ce document, comprend le traitement des données personnelles y afférent et s'engage à respecter les obligations liées à ce financement

Date : _ _ _/_ _ _/_ _ _ _ **Signature STAGIAIRE>**

Une copie de certains justificatifs du stagiaire peut être demandée : Attestation de sécurité sociale (NIR), Justificatifs d'identité (CNI,Passeport, carte de séjour…), Attestation inscription demandeur emploi. Pour les stagiaires salariés : SIRET et Raison sociale de l'Employeur.

Annexe 8

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Organisme gestionnaire

Centre de formation

CACHET

DEMANDE D'ADMISSION AU BÉNÉFICE DES RÉMUNÉRATIONS DES STAGIAIRES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

(Sixième partie du Code du Travail) cerfa N°11971*03

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

ETAT CIVIL

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Votre nom de naissance

Votre nom d'épouse ou d'époux (éventuellement)

Votre prénom

Votre date de naissance à

Votre nationalité ☐ Française ☐ Union européenne ☐ Autre (à préciser)

Votre domicile habituel avant le stage
numéro rue ou lieu dit
code postal commune

Votre adresse électronique @

Votre domicile est à km du centre de formation

S'il y a eu changement de résidence pour la durée du stage, indiquer la nouvelle adresse :

Votre nouvelle adresse
numéro rue ou lieu dit
code postal commune

VOTRE SITUATION FAMILIALE

• Vous êtes :

☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ en union libre ☐ pacsé(e) ☐ veuf(ve) ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e)

• Vous avez : enfants

RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE

Votre numéro de sécurité sociale

Vous êtes affilié(e) :

☐ au régime général à la caisse de : département :

☐ au régime d'assurance maladie des exploitants agricoles en tant que : ☐ exploitant ☐ conjoint ☐ associé d'exploitation ☐ aide familial

☐ au régime des salariés agricoles en tant que : ☐ salarié d'exploitation ☐ salarié d'organisme agricole

☐ à un autre régime (précisez lequel) :

☐ Vous n'êtes pas affilié(e) à titre personnel (par exemple : ayant-droit)

MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ

☐ virement bancaire ☐ virement postal ☐ autre, à préciser

POURSUIVRE PAGES SUIVANTES

RÉSERVÉ AU CENTRE DE FORMATION

Agrément Etat ☐ Agrément Conseil Régional ☐ Autre ☐

N° d'agrément ou de convention :

Intitulé du stage ou cycle
(doit correspondre à celui qui a fait l'objet de l'agrément de rémunération)

Spécialité de la formation (NSF) spécialité code fonction

Nomenclature consultable à l'adresse suivante : http://www.centre-inffo.fr/Nomenclature-des-specialites-de.html

Adresse électronique du centre @

Code postal et commune du lieu de formation

Date d'ouverture Date de fin prévue

Stagiaire entré le Date de sortie prévue

Durée totale du stage pour le stagiaire (en heures)

dont en entreprise

Durée hebdomadaire (en heures)

Objectif du stage : reportez-vous à la notice explicative (cochez la case concernée)

- ☐ certification
- ☐ professionnalisation
- ☐ préparation à la qualification
- ☐ remise à niveau, maîtrise des savoirs de base, initiation
- ☐ (re) mobilisation, aide à l'élaboration de projet professionnel
- ☐ perfectionnement / élargissement des compétences
- ☐ création d'entreprise

Si le stage vise une certification ou une professionnalisation, niveau de la qualification préparée

- ☐ niveau CAP - BEP (niveau V)
- ☐ niveau Baccalauréat, Brevet technicien, Brevet professionnel (niveau IV)
- ☐ niveau DEUG, DUT, BTS (niveau III)
- ☐ niveau licence et supérieur (niveau I et II)

Le directeur du centre certifie que cette demande est comprise dans les limites de l'effectif agréé au titre de la rémunération et que les mentions portées par son établissement sur le présent imprimé sont exactes.

Fait le 20

Signature du directeur du centre de formation ou de la personne dûment habilitée

CACHET DU CENTRE

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

☐ Accord Décision de rémunération n°

à compter du Montant , € ☐ base mensuelle ☐ base horaire

à compter du Montant , €

VISA

Indemnité transport-hébergement : , €

Codification

☐ Rejet (motif à notifier)

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

1 VOTRE SITUATION À L'ENTRÉE EN STAGE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE NIVEAU DE FORMATION (cochez les cases qui correspondent à votre situation) :

Votre dernière classe suivie :

- ☐ Primaire, 6e, 5e, 4e, CPA, CPPN ou CLIPA
- ☐ 3e ou première année de CAP ou BEP
- ☐ 2de, 1ère de l'enseignement général ou 2e année de CAP ou BEP
- ☐ Terminale
- ☐ 1ère ou 2e année de DEUG, DUT, BTS, école des formations sanitaires et sociales..
- ☐ Classes de 2e ou 3e cycle de l'enseignement supérieur

Votre diplôme le plus élevé obtenu :

- ☐ Aucun diplôme
- ☐ Certificat d'étude primaire (CEP)
- ☐ Brevet des collèges (BEPC)
- ☐ CAP ou BEP
- ☐ Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- ☐ DEUG, DUT, BTS ou autre diplôme de niveau Bac+2
- ☐ Diplôme de niveau Bac+3 ou plus

VOUS ÊTES BÉNÉFICIAIRE DU RSA ☐ oui ☐ non *si oui, à quel titre :* ☐ *à titre d'allocataire* ☐ *à titre d'ayant droit*

VOUS ÊTES SANS EMPLOI

• Inscrit à Pôle emploi ☐ oui ☐ non

Si oui, depuis combien de temps en continu :

☐ moins de 6 mois ☐ 6 à 11 mois ☐ 12 à 23 mois ☐ 24 mois et plus

Situation auprès de Pôle emploi :

• Vous avez fait une demande d'indemnisation auprès de Pôle emploi ☐ oui ☐ non

• Vous avez un dossier de demande d'indemnisation en cours auprès de Pôle emploi ☐ oui ☐ non

• Vous n'êtes plus indemnisé(e) par Pôle emploi depuis le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

• Vous êtes indemnisé(e) par Pôle emploi au titre de :

- ☐ l'allocation d'aide au retour à l'emploi
- ☐ l'allocation temporaire d'attente
- ☐ l'allocation de solidarité spécifique

• Vous n'avez jamais travaillé ☐ *dans ce cas, reportez-vous directement p.3*

2 ACTIVITÉS ANTÉRIEURES

• Vous avez exercé une activité salariée pendant une durée inférieure à 6 mois ☐

• Vous avez exercé une activité salariée pendant 6 mois ou 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois ou 1 820 heures au cours d'une période de 24 mois ☐

• Vous effectuez un stage d'une durée supérieure à un an et vous avez exercé une activité professionnelle durant trois ans ou plus ☐

• Vous êtes un ancien agent du secteur public et vous avez exercé une activité salariée pendant 6 mois ou 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois ou 1 820 heures ou cours d'une période de 24 mois ☐

VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL EN FRANCE ET/OU À L'ÉTRANGER

• Indiquez ci-dessous en partant de la plus récente, vos activités professionnelles salariées, non salariées, de formation ou de chômage précédant l'entrée en stage :

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

Rubriques 3, 4, 5, 6 : à ne remplir que si vous êtes concerné.

3 Vous êtes à la recherche d'un emploi et appartenez à l'une de ces catégories

- ☐ Vous êtes mère d'au moins trois enfants
- ☐ Vous êtes veuve, divorcée, séparée judiciairement depuis moins de trois ans
- ☐ Vous êtes veuf(ve), divorcé(e), séparé(e), abandonné(e), célibataire et vous assumez seul(e) la charge d'au moins un enfant résidant en France
- ☐ Vous êtes une femme seule enceinte

4 Vous êtes travailleur non salarié

☐ agriculteur ☐ artisan ☐ commerçant ☐ profession libérale ☐ marin-pêcheur ☐ autre (précisez) _____

5 Vous êtes travailleur handicapé

☐ oui ☐ non

• Vous percevrez durant le stage des indemnités journalières pour maladie versées par la CPAM ☐

• Vous avez été victime d'un accident du travail (autre qu'un accident de trajet, ou d'une maladie professionnelle) et votre contrat de travail est suspendu ☐

6 Autre situation

• Vous bénéficiez de l'aide aux agriculteurs en difficulté ☐

• Vous êtes dans une autre situation (précisez) : _____

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare sur l'honneur que :

• les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont sincères et véritables (art. 22-II de la loi n° 68-690 du 31/07/1968) :
« Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la déclaration exigée en vue d'obtenir de l'Etat ou des collectivités locales [...] un paiement ou un avantage quelconque indu sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une peine d'amende de 9000 € ou de l'une de ces deux peines »

• J'ai été averti(e) que je devrai rembourser tout ou partie des sommes perçues en cas d'abandon de la formation sans motif légitime ou en cas d'exclusion pour faute lourde.

• Je n'ai pas déposé de demande de rémunération pour ce stage auprès d'un autre organisme payeur ou auprès de Pôle emploi, je renonce le cas échéant, à solliciter l'octroi de l'allocation de retour à l'emploi - formation.

• J'ai effectué un stage de formation rémunéré par : ☐ l'AFPA ☐ Autre (à préciser) : _____
☐ Pôle emploi ou l'ASSEDIC
☐ l' Agence de services et de paiement ou le Cnasea

du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| au centre de _____

ayant pour objet _____

Fait le _____ 20____

Signature du stagiaire

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à cette demande. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

NOTICE EXPLICATIVE À L'ATTENTION DU STAGIAIRE

cerfa 11971*03

1. Cochez les cases correspondant à votre situation

2. Remettez à votre centre de formation le présent formulaire accompagné des pièces justificatives suivantes :

• ÉTAT CIVIL

Si vous êtes de nationalité française :
- ☐ Copie de votre carte nationale d'identité en cours de validité
- ☐ Ou copie de votre passeport en cours de validité
- ☐ Ou à défaut un certificat de nationalité

Si vous êtes de nationalité étrangère :
- ☐ Titre de séjour permettant l'accès aux stages de formation professionnelle (renseignez-vous auprès de votre centre de formation)

Si vous êtes mineur non émancipé :
- ☐ Autorisation parentale sur le modèle que vous remettra votre centre de formation

• PAIEMENT
- ☐ Relevé d'identité bancaire ou postal à votre nom

• PARCOURS PROFESSIONNEL

Si vous avez déjà travaillé :
- ☐ Dernier certificat de travail
- ☐ Bulletins de salaires pour 910 ou 1 820 heures
- ☐ Éventuellement, suspension d'indemnisation si vous étiez employé dans le secteur public

Si vous avez déjà effectué un stage rémunéré au titre de la sixième partie (ex livre IX) du code du travail
- ☐ Décision AFPA, Pôle emploi (ASSEDIC) OU Agence de services et paiement (Cnasea)

• SITUATION FAMILIALE

Si vous appartenez à l'une des catégories mentionnées au paragraphe « Publics particuliers » :
- ☐ Photocopie du livret de famille
- ☐ Éventuellement copie de l'ordonnance de séparation, du jugement de divorce ou attestation de la CAF (cas des parents isolés)
- ☐ Éventuellement copie du carnet de maternité et tout justificatif de votre situation si vous êtes une femme seule, enceinte

• SI VOUS ÊTES TRAVAILLEUR NON SALARIÉ
- ☐ Justificatif de votre activité salariée ou non salariée durant 12 mois dont 6 consécutifs dans les 3 ans qui précèdent l'entrée en stage (attestation de la caisse de protection sociale, extrait du registre du commerce et des sociétés...)

• SI VOUS ÊTES RECONNU TRAVAILLEUR HANDICAPÉ
- ☐ Décision de la CDAPH
- ☐ Éventuellement, attestation de la CPAM mentionnant le montant des indemnités journalières que vous percevrez durant votre stage
- ☐ Dernier certificat de travail et bulletins de salaire pour permettre le calcul de votre rémunération de stage
- ☐ Attestation de votre employeur si votre contrat de travail est suspendu, avec mention « sans solde » ou montant du salaire maintenu

• PROTECTION SOCIALE
- ☐ Copie de votre carte d'assuré social si vous en avez une

• AUTRE SITUATION

Interrogez votre centre de formation

POUR TOUTE QUESTION RELATIVE AU TRAITEMENT DE VOTRE DOSSIER, VOUS DEVEZ VOUS ADRESSER EN PRIORITÉ À VOTRE CENTRE DE FORMATION

NOTICE EXPLICATIVE À L'ATTENTION DE L'ORGANISME DE FORMATION

(Cf page 4 du formulaire : partie réservée au centre de formation)

SPÉCIALITÉ DE LA FORMATION : la nomenclature des spécialités de formation (NSF) est consultable sur internet : http://www.centre-inffo.fr/Nomenclature-des-specialites-de.html

OBJECTIF GÉNÉRAL DE LA FORMATION :

Dans le cadre de cette nomenclature, la notion de formation qualifiante regroupe ces deux dernières notions : formation certifiante ou professionnalisante.

1. Certification

Cette catégorie comprend l'ensemble des formations sanctionnées par le passage d'une certification (diplôme, titre, certificat de qualification professionnelle). Les certifications regroupent l'ensemble des diplômes généraux de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur (diplômes nationaux, diplômes des Universités) ainsi que l'ensemble des certifications professionnelles inscrites au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP).

2. Professionnalisation

Les objectifs des formations professionnalisantes sont très proches de ceux des formations certifiantes professionnelles, mais elles ne donnent lieu à aucun diplôme, titre ou certificat inscrit au RNCP. Comme les formations certifiantes professionnelles, ces formations visent à enseigner les techniques et connaissances propres à rendre un individu opérationnel dans un métier (ou plus généralement sur un type de poste de travail).
Attention à ne pas confondre avec les formations de perfectionnement, qui visent à approfondir les compétences de publics déjà opérationnels dans un métier ou un poste donné.

3. Préparation à la qualification

Cette catégorie comprend les formations qui préparent à l'entrée dans toute formation qualifiante (i.e. certifiante ou professionnalisante), quel que soit son niveau. On y inclut bien sûr les formations de pré-qualification pour les jeunes (des Conseils Régionaux) par exemple. Les formations de préparation aux concours sont donc incluses dans cette catégorie.

4. Remise à niveau, maîtrise des savoirs de base, initiation

Il s'agit là de stages de remise à niveau ou d'initiation à des compétences ou techniques transversales à une large gamme de métiers. Il peut s'agir de remise à niveau dans les disciplines générales (français, lutte contre l'illettrisme, mathématiques de base), mais également d'initiation aux langues, d'initiation aux logiciels courants de bureautique (EXCEL, WORD, POWERPOINT et équivalents) ou d'initiation à Internet (messagerie et navigation).

5. (Re)mobilisation, aide à l'élaboration de projet professionnel

Cette catégorie rassemble l'ensemble des stages visant à analyser les perspectives d'orientation des stagiaires en tenant compte de leurs motivations, de leurs capacités professionnelles, ainsi que des difficultés sociales qu'ils ont éventuellement rencontrées. Ils peuvent intégrer un travail sur les savoirs de base ou des modules de familiarisation avec le milieu de l'entreprise.
Ces stages ne se confondent pas avec les stages de préparation à la qualification qui s'inscrivent quant à eux dans un métier défini et constituent une étape avant d'entreprendre un stage certifiant ou professionnalisant.

6. Perfectionnement, élargissement des compétences

Les formations de cette catégorie s'adressent à un public de personnes déjà opérationnelles dans leur activité professionnelle occupée ou recherchée, mais qui désirent approfondir leurs compétences ou acquérir des compétences supplémentaires. Ils favorisent l'adaptation des salariés à leur poste de travail, l'évolution ou le maintien dans leur emploi. Dans le cas particulier du perfectionnement, ces formations supposent explicitement des pré-requis (qualification ou expérience professionnelle).
Exemple : Cette catégorie comprend les stages de niveau avancé de langue, de bureautique et d'utilisation des outils Internet. Elle comprend aussi les stages de développement personnel pour les salariés.

7.Création d'entreprise

RÈGLE IMPORTANTE DE CODAGE :

Certains stages peuvent cumuler plusieurs objectifs différents : les items 6 et 7 peuvent être compatibles avec les items 1, 2 ou 3. Un stage certifiant peut par exemple relever aussi du perfectionnement. Lorsque ce sera possible, on admettra donc plusieurs codages. Néanmoins, les applications informatiques ne sont pas toujours compatibles avec une double codification. Il est donc nécessaire d'instaurer une priorité de codage.

A ce titre, si un stage répond à plusieurs objectifs, l'item 1, 2 ou 3 sera privilégié.

Annexe 9

PRÉFET
DE LA RÉGION
HAUTS-DE-FRANCE
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités

IDENTIFICATION DU CANDIDAT
DEAS

(Institut) ……...…….

Nom de Naissance (en majuscule) : …….

Nom d'usage : …….

Prénoms (tous les prénoms) : ……

Date de Naissance : ……

Commune de naissance : ..…….

Département de naissance (en toutes lettres) : ...…….

Pays de naissance : ……

Nationalité : ……

Adresse : ……..

……..

……..

Numéro téléphone : …… Numéro portable : ……...

Adresse Mail : ……..…..…..……..@…….

Cet imprimé servira à établir votre diplôme, vous devez joindre impérativement, **une copie claire et lisible**, en cours de validité : de la carte nationale d'identité / du passeport / ou du titre de séjour. **Le permis de conduire n'est pas accepté.**

Seul les noms et prénoms des candidats admis seront affichés. Souhaitez-vous que ceux-ci apparaissent sur le site internet de la DREETS Hauts-de-France ?

☐ **OUI** ☐ **NON**

Signature du candidat