

## Dossier d'inscription à la formation

**Exercer une mission de Référent de parcours santé social**

Parcours Certifiant Fiche n°RS6552 France compétences

A retourner avant le **8 septembre 2025** à l'adresse suivante :**IRTS Nouvelle-Aquitaine Bordeaux**

Assistante de la formation « Exercer une mission de référent de parcours »

9 rue François Rabelais - BP39

33401 Talence

**Pièces à joindre au dossier :**

- ☐ Le bulletin d'inscription à la formation ci-joint, dûment complété et signé
- ☐ Une photo d'identité avec nom et prénom inscrits au dos
- ☐ Un écrit argumentant l'acquisition de compétences dans l'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité et/ou de handicap(s) 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(s) : contrats de travail, attestation(s) de votre (vos) employeur(s), fiche(s) de poste(s), formation(s), stage(s)... (voir exemple d'attestation d'expérience en dernière page)
- ☐ Un CV
- ☐ Un extrait de casier judiciaire - bulletin n°3 datant de moins de 3 mois (demande à faire sur le site du Ministère de la justice : <https://www.cjn.justice.gouv.fr/cjn/b3/eje20>)
- ☐ Un accord ou un engagement de prise en charge financière du coût de la formation (signé et tamponné)
- ☐ Une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité
- ☐ Un **chèque bancaire d'un montant de 60 euros** libellé à l'ordre de l'IRTS Nouvelle-Aquitaine Bordeaux correspondant aux frais de gestion administrative (somme non remboursable, sauf si nous ne pouvons pas vous inscrire en formation faute de places suffisantes)

Dossier d'inscription à la formation

Exercer une mission de Référent de parcours santé social

Parcours Certifiant Fiche n°RS6552 France compétences



Type d'inscription :

- ☐ Préparation à la certification (120h de formation) + examen de certification, soit 2640 €
- ☐ Uniquement à l'examen de certification (comprenant 6h d'accompagnement), soit 700 €

☐ Mr ☐ Mme Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

N° Portable : ..... Téléphone fixe : .....

Email : .....

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

Ville de naissance : ..... Code postal : ..... Pays, si hors France : .....

☐ Reconnaissance MDPH

Intitulé du diplôme le plus élevé ..... Niveau .....

Situation actuelle :

☐ Salarié ☐ Demandeur d'emploi ☐ Etudiant ☐ Autre (préciser) : .....

Pour les salariés, merci de préciser :

Nom de l'organisme / établissement employeur : .....

Poste occupé : .....

Adresse du lieu de travail : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Nom et fonction du responsable : .....

Adresse du siège social (si différent du lieu de travail) : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Nom et fonction du responsable : .....

Type de contrat de travail :

☐ C.D.I. ☐ C.D.D. ☐ Contrat de Professionnalisation ☐ Autre (préciser) : .....

Si contrat à durée déterminée, indiquer la date de fin du contrat : .....

Dossier d'inscription à la formation

Exercer une mission de Référent de parcours santé social

Parcours Certifiant Fiche n°RS6552 France compétences



Prise(s) en charge financière(s) de la formation :

☐ **Employeur** (cachet et signature du responsable de l'établissement obligatoires en

bas de ce 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 directement à l'adresse indiquée en 1<sup>er</sup> page

☐ **Autre(s) financement(s)** (CPF, OPCO, Pôle Emploi, Agefiph, etc...)

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 : ...../...../.....

