

**CENTRE DE FORMATION LOUISE COUVE**

44/53, rue de la Commune de Paris

93 300 AUBERVILLIERS

🕿 : 01.48.11.49.30 / Fax : 01.48.11.49.39

E-mail : ipa@couve.fr – Site Internet : www.couve.fr

DOSSIER ADMINISTRATIF

**FORMATION QUALIFIANTE**

**AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS**

NOM DE NAISSANCE : Cliquez ici pour entrer du texte.

PRENOM(S) : Cliquez ici pour entrer du texte.

NOM D’EPOUSE : Cliquez ici pour entrer du texte.

DATE DE NAISSANCE : Cliquez ici pour entrer du texte.AGE : Cliquez ici pour entrer du texte.

LIEU : Cliquez ici pour entrer du texte. DPT ou PAYS : Cliquez ici pour entrer du texte.

SEXE : F [ ]  M [ ]

ADRESSE \* : Cliquez ici pour entrer du texte.

Cliquez ici pour entrer du texte..

CODE POSTAL :Cliquez ici pour entrer du texte. LOCALITE : Cliquez ici pour entrer du texte.

🕿 : Cliquez ici pour entrer du texte. 🖁: Cliquez ici pour entrer du texte.

🖧 E-mail : Cliquez ici pour entrer du texte. @ Cliquez ici pour entrer du texte.



**\* *Tout changement d’adresse ou de numéro de téléphone doit être signalé au secrétariat***

 ***(La responsabilité en incombera à l’élève).***

# CONDITIONS D’ACCES A LA FORMATION

Pour suivre la formation, les candidats doivent avoir satisfait à l’épreuve de sélection et être âgés de 18 ans au moins, à la date de leur entrée en formation.

L’épreuve de sélection comprend un entretien d’admission avec un temps de préparation préalable.

Les candidats ne doivent pas être sous contrôle judiciaire ou en attente de jugement.

**SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION**

**Etes-vous inscrit(e) à Pôle Emploi :** [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, depuis quelle date ?  Cliquez ici pour entrer du texte.

Percevez-vous des allocations : [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, lesquelles ? [ ]  R.S.A. *(Possibilité de prise en charge par le Conseil Départemental de la
 Seine-Saint-Denis pour les bénéficiaires du RSA domiciliés dans le 93)*

 [ ]  A.R.E. [ ]  A.S.S.

**Etes-vous suivi(e) par une Mission Locale :** [ ]  OUI [ ]  NON

**Avez-vous un employeur ?** [ ]  OUI [ ]  NON

Nom de l’établissement : Cliquez ici pour entrer du texte.

🕿 : Cliquez ici pour entrer du texte.

Avez-vous sollicité une prise en charge financière ? [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, laquelle ? Cliquez ici pour entrer du texte.

***🛈 ATTENTION : Les démarches auprès des Organismes financeurs sont à débuter dès le retrait du dossier.***

**CONDITIONS FINANCIERES EN CAS DE CANDIDATURE LIBRE
OU DE REFUS DE FINANCEMENT TIERS**

50% minimum du montant de la formation doit être acquitté au dépôt du dossier. Le solde devra être réglé le 1er jour de la formation. (non remboursable en cas de désistement même avant l’entrée en formation).

***Toute formation commencée est due dans sa totalité***

**Comment avez-vous connu le Centre de Formation Louise Couvé ?**

[ ]  Service Social [ ]  Salon, forum [ ]  Mission Locale [ ]  Internet

[ ]  Pôle Emploi [ ]  Relation [ ]  Jeudis du CFLC [ ]  Autres : Cliquez ici pour entrer du texte.

**Règlementation européenne RGPD – Règlement Général sur la Protection des Données**

*Conformément à la règlementation européenne en vigueur à partir du 25 mai 2018, nous vous informons que les informations recueillies vous concernant sont nécessaires à la communication, à la gestion des épreuves de sélection et/ou au suivi des apprenants. Elles font l’objet d’un traitement informatique et sont destinées au C.F.L.C. et à établir des statistiques pour nos différentes tutelles. Conformément à la règlementation, vous disposez d’un droit d’accès, de rectification et d’oubli aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat concerné.*

J’atteste sur l’honneur l’exactitude des renseignements mentionnés dans ce document et atteste avoir pris connaissance des conditions et informations générales mentionnées ci-dessus.

J’atteste sur l’honneur avoir versé les frais de dossier par virement bancaire sur le compte du
C.F.L.C., le Cliquez ici pour entrer du texte.

(RIB du C.F.L.C. sur la page : <http://www.couve.fr/agent-de-service-hospitalier-ash/> )

**DATE :** Cliquez ici pour entrer du texte. **SIGNATURE :**

***Il est obligatoire de remplir le dossier dans sa totalité***

**VOTRE DOSSIER DOIT COMPRENDRE**

**(Merci de nommer les pièces jointes) :**

[ ]  Dossier administratif rempli et signé

[ ]  **1** Curriculum Vitae **actualisé** + **1** lettre de motivation

[ ]  **1** Photocopie de votre carte d’identité ou de votre titre de séjour en cours de validité (recto-verso)

[ ]  ***Pour les bénéficiaires du R.S.A***, joindre la **fiche de liaison (**ou **fiche de prescription)**, le **contrat d’engagement réciproque** et **l’attestation de paiement de la CAF**

[ ]  **30 € par virementbancaireau CFLC** correspondant aux frais de dossier (sauf pour les bénéficiaires du RSA, domiciliés dans la Seine-Saint-Denis).

**(\*non remboursable en cas de désistement ou de refus du dossier ou d’échec du candidat)**

*🛈****ATTENTION :*****Tout dossier incomplet VOUS SERA RENVOYE.**

**L’INSCRIPTION AUX TESTS SERA EFFECTIVE À RÉCEPTION D’UN DOSSIER COMPLET**

**Le dossier d’inscription doit être envoyé par voie numérique sous format PDF à l’adresse mail suivante :** **ipa@couve.fr** **(merci de nommer les pièces jointes).
En cas de difficulté, l’envoi par voie postale est possible.**

**Tout candidat recevra par courrier ou par mail une convocation**

**pour un entretien de sélection**