



NOM : ..... Prénom : .....

**PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER**  
**D.E.A.V.S.**

*Merci de bien vouloir classer les documents dans l'ordre énuméré ci-dessous*

	Réservé au secrétariat	
1	Fiche "Pièces à joindre"	
2	Photocopie de l'Avis de situation récente ( <b>moins de 3 mois</b> ) (document à demander au Pôle Emploi)	
3	Curriculum Vitae (C.V.)	
4	Lettre de motivation manuscrite	
5	Photocopie recto/verso de la carte d'identité, du passeport ou de la carte de séjour <b>en cours de validité</b>	
6	Une photo d'identité récente à coller sur la pochette	
7	Projet Personnalisé d'Accès à l'Emploi (document à demander au Pôle Emploi)	
8	Historique du demandeur d'emploi (document à demander au Pôle Emploi)	
9	Un certificat médical précisant <b>clairement</b> que les vaccinations obligatoires sont à jour : BCG, Tétanos, Polio ( <b>moins de 3 mois</b> )  <b>! ATTENTION : Vaccination Hépatite B exigée par certains lieux de stage</b>	
10	Photocopie d'un justificatif des titres et diplômes	
11	Fiche de demande d'allègement de formation (document joint à ce dossier)	

**Attention : tout dossier incomplet ne sera pas enregistré**

**! ATTENTION :**  
**Fermeture du Centre du 17 DECEMBRE 2011 au 1<sup>er</sup> JANVIER 2012 inclus**

**Dépôt du dossier dès maintenant jusqu'au 27 JANVIER 2012**

**Tout candidat qui le souhaite peut sur simple demande consulter le règlement concernant les modalités d'organisation des sélections**

NOM : ..... Prénom : .....

**- Mettre une croix dans la case de la formation choisie -**

<b>D.E.A.V.S.</b>	<b>T.I.S.F.</b>	<b>AGENT DE TELEBILLETTERIE</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Établissements scolaires et/ou universitaires fréquentés (sur les 3 dernières années)</b>		
Année	Classe	Établissement
<b>Dernière classe fréquentée (quelle que soit l'année)</b>		
Année	Classe	Établissement

<b>Diplômes obtenus</b>		
Année	Diplôme	Spécialité

<b>Formation professionnelle</b>		
Année	Intitulé de la formation	Nom du Centre de Formation

<b>Expérience professionnelle sur les 3 dernières années</b>		
Dates	Nom et adresse de l'employeur	Poste occupé
<b>Expérience professionnelle antérieure en lien avec la formation demandée</b>		
Dates	Nom et adresse de l'employeur	Poste occupé



# INSTITUT LIMAYRAC – CENTRE DE FORMATION PERMANENTE

50 rue de Limayrac - B.P. 45204 - 31079 TOULOUSE CEDEX 5

Tél. 05 61 36 08 20 - Fax 05 61 36 08 03

Déclaration d'existence : 733 10 00 30 31 SIRET : 776 944 860 000 43 – Association loi 1901

E-mail [cfp@limayrac.fr](mailto:cfp@limayrac.fr) - Site Internet <http://www.limayrac.fr>

## DOSSIER DE CANDIDATURE

- Mettre une croix dans la case de la formation choisie -

NOM : ..... Prénom : .....

D.E.A.V.S.	T.I.S.F.	AGENT DE TELEBILLETTERIE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### UNIQUEMENT POUR POSTULER EN D.E.A.V.S. ET T.I.S.F.

Titulaire de l'un des diplômes ou titres suivants, vous pouvez bénéficier d'une dispense de l'épreuve écrite d'admissibilité. (Joindre la photocopie des diplômes, titres ou notification du jury VAE)

T.I.S.F.	
Diplôme de niveau IV de l'enseignement général ou technique (Baccalauréat)	<input type="checkbox"/>
Diplôme, certificat ou titre homologué au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) de niveau IV	<input type="checkbox"/>
Dispense d'épreuve d'admissibilité accordée par jury VAE	<input type="checkbox"/>

D.E.A.V.S.	
BEP Carrières Sanitaires et Sociales	<input type="checkbox"/>
CAF ou DE d'Aide Médico-Psychologique	<input type="checkbox"/>
DE d'Assistant Familial	<input type="checkbox"/>
DP d'Aide Soignant	<input type="checkbox"/>
DP d'Auxiliaire de Puériculture	<input type="checkbox"/>
Titre Assistant de Vie et Assistant de Vie aux Familles	<input type="checkbox"/>
CQP Employé familial Polyvalent + CQP Assistant de Vie	<input type="checkbox"/>
CAP Petite Enfance	<input type="checkbox"/>
CAP Employé Technique de collectivité	<input type="checkbox"/>
CAP Assistant Technique en Milieu Familial ou Collectif	<input type="checkbox"/>
BAP Assistant Animateur Technicien	<input type="checkbox"/>
BEPA option Services aux Personnes	<input type="checkbox"/>
CAPA Services en Milieu Rural	<input type="checkbox"/>
Dispense d'épreuve d'admissibilité accordée par jury VAE	<input type="checkbox"/>

Demande à être dispensé(e) de l'épreuve écrite d'admissibilité

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
**SIGNATURE**



## INSTITUT LIMAYRAC – CENTRE DE FORMATION PERMANENTE

50 rue de Limayrac - B.P. 45204 - 31079 TOULOUSE CEDEX 5

Tél. 05 61 36 08 20 - Fax 05 61 36 08 03

Déclaration d'existence : 733 10 00 30 31 SIRET : 776 944 860 000 43 – Association loi 1901

E-mail [cfp@limayrac.fr](mailto:cfp@limayrac.fr) - Site Internet <http://www.limayrac.fr>

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR (A REMPLIR PAR LES DEMANDEURS D'EMPLOI)

Je soussigné(e)  Mme  Mlle  M. \_\_\_\_\_

demeurant à \_\_\_\_\_

atteste avoir pris connaissance qu'au jour de mon entrée en formation je dois satisfaire aux exigences suivantes :

Cadre réservé à l'administration	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> je serai libre de tout engagement contractuel (contrat de travail, C.E.S....),
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> je n'exercerai aucune activité salariée,
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> je ne serai pas en situation de congés payés ou en R.T.T. la veille de l'entrée en formation,
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> je serai inscrit(e) à l'A.N.P.E. 2 jours avant l'entrée en formation,
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> je résiderai en Midi-Pyrénées,
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> je souscrirai, si je possède un véhicule personnel, une assurance auprès de ma compagnie d'assurance pour la couverture de mes déplacements de nature « professionnelle » et remettrai à l'Institut Limayrac une attestation le justifiant pour la période du ou (des) stage(s) pratique(s),
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> je remettrai à l'Institut Limayrac un certificat médical attestant les vaccinations suivantes : BCG, Tétanos, Polio.

Fait en double exemplaire dont un à nous retourner dûment signé  
Date et Signature du stagiaire

Cadre réservé à l'administration
Sélection :

## DEMANDE D'ALLEGEMENT DE FORMATION D.E.A.V.S.

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Titulaire de l'un des diplômes suivants**, vous pouvez **demandeur un allégement de formation** qui pourra représenter jusqu'à 25% de la durée en Centre et en Entreprise pour le **D.F.** concerné.

Votre demande d'allégement, argumentée, sera examinée par la Commission Pédagogique qui statuera.

**Veillez cocher la(les) case(s) correspondante(s) à votre demande.**

**DF 1 :** *Connaissance de la personne,*

**DF 2 :** *Accompagnement et aide individualisée dans les actes essentiels de la vie quotidienne,*

**DF 3 :** *Accompagnement dans la vie sociale et relationnelle,*

**DF 4 :** *Accompagnement et aide dans les activités ordinaires de la vie quotidienne,*

**DF 5 :** *Participation à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet individualisé,*

**DF 6 :** *Communication professionnelle et vie institutionnelle.*

DIPLOMES DÉTENUS PAR LE CANDIDAT	DOMAINES DE FORMATION					
	DF 1	DF 2	DF 3	DF 4	DF 5	DF 6
BEP Carrières Sanitaires et Sociales	Dispense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispense		<input type="checkbox"/>
CAF ou DE d'Aide Médico-Psychologique	Dispense	Dispense	Dispense		Dispense	<input type="checkbox"/>
DE d'Assistant Familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DP d'Aide Soignant	Dispense	Dispense	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DP d'Auxiliaire de Puériculture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Titre Assistant de Vie et assistant de Vie aux Famille	<input type="checkbox"/>	Dispense	<input type="checkbox"/>	Dispense		
CQP Employé familial Polyvalent + CQP Assistant de Vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispense		
CAP Petite Enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAP Employé Technique de collectivité ou Assistant Technique en Milieu Familial ou Collectif				Dispense		
BAP Assistant Animateur Technicien	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
BEPA option Services aux Personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispense		<input type="checkbox"/>
CAPA Services en Milieu Rural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**La dispense d'un domaine de formation entraîne la validation du domaine de compétence correspondant et donc la dispense de l'épreuve de certification s'y rapportant.**

**DATE ET SIGNATURE :**