

✚ Quel est votre situation professionnelle à ce jour ?

Salarié(e)

Bénévole

Demandeur d'emploi

Partie réservée aux salarié(e)s ou bénévoles

Employeur/ Association/.....

Adresse.....

Code postal Commune

Tél / fax Courriel.....@.....

Emploi occupé :

Nom du directeur (ou président) :

N° INSEE de la structure..... Nombre de salarié :.....

L'employeur/association cotise t'il auprès d'un OPCA ? Oui, précisez Non

Partie réservée au demandeur d'emploi

Inscrit (e) au pôle emploi depuis le

Nom Prénom de votre conseiller (ère)

Etes-vous indemnisé(e) : oui non Si oui, précisez.....

Date prévue de fin d'indemnisation :.....

Demande d'admission à l'allocation retour à l'emploi formation (ARE)

Date acceptée refusée en cours

Avez-vous exercé une activité salariée à temps complet durant 6 mois au cours d'une période de 12 mois consécutifs ? Oui Non

✚ Possédez- vous des diplômes dans l'animation ou dans l'enseignement général ?

(La copie du (des) diplôme (s) est obligatoire)

✚ DANS L'ANIMATION

BAFA

BAFD

Autres (précisez)

✚ DANS L'ENSEIGNEMENT GENERAL

Aucun diplôme. Préciser dernière classe suivie

BEPC – Brevet des Collèges,

CAP spécialité

BEP spécialité

Baccalauréat

Bac PRO spécialité

Autres diplômes (précisez) :

 **Prise en charge financière de votre formation** (veuillez cocher avec précision les rubriques)

Je vais payer personnellement ma formation

Ma formation sera directement réglée par :

○ Mon employeur au titre du : (entourez votre choix)

- Plan de formation de l'entreprise
- Congé individuel de formation (CIF)
- Autre type de financement ou financement complémentaires(s)
Précisez

○ Un organisme financeur

Précisez dans ce cas, le nom et adresse :

.....
.....

Je suis à la recherche d'une prise en charge

 **Lieux de votre alternance (pendant la formation)**

- Si vous êtes en actuellement salarié (e) dans l'animation, envisagez-vous d'effectuer votre période d'alternance sur votre lieu de travail ? OUI NON
- Si vous n'êtes pas salarié (e) dans l'animation, précisez les structures d'alternance dans lesquelles vous envisagez de réaliser votre alternance ?

Nom de la structure 1.....

Adresse :

Nom du responsable.....Tél.....

 :.....@.....

Tuteur :

Qualification :

Tél : Mail :

Nom de la structure 2.....

Adresse :

Nom du responsable.....Tél.....

 :.....@.....

Tuteur :

Qualification :

Tél : Mail :

Dossier d'inscription à retourner AU PLUS TÔT

**CADRE RÉSERVÉ À L'APROSEP
(Service Formation)**

Dossier inscription

- COMPLET
 INCOMPLET

Pièces manquantes :

Inscription

- VALIDÉE
 NON VALIDÉE



81 rue Christophe COLOMB
97300 CAYENNE

☎ 0594 30 21 36 - 📞 0694 20 09 22

💻 formation@aprosep.com

<http://www.guyanaso.org>