

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

Session  
2018-2020  
PARIS

A retourner (par mail de préférence) à [accueil@ifd-formation.org](mailto:accueil@ifd-formation.org)  
IFD – 19 Maquis du Grésivaudan – 38700 LA TRONCHE

**DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 15 juin 2018**

**Attention : Tout dossier incomplet ne pourra être traité**

**Votre identité**

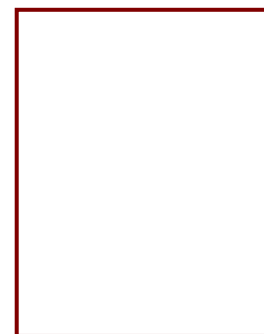
**NOM et Prénom du candidat :** Mme, M. (1)

.....  
.....

**Date de naissance :** .....

**Lieu de naissance :** .....

**Code postal de naissance :** .....



Collez ici votre photo d'identité

**Adresse personnelle complète :**

.....  
.....  
.....

**Téléphone personnel :** .....

**e-mail personnel :** .....

**Dénomination, adresse complète de l'établissement :**

.....  
.....  
.....

**N°SIRET de l'établissement :** .....

**Téléphone de l'établissement :** .....

**Nombre total d'élèves :** .....

**NOM et Prénom du chef d'établissement :** Mme, M. (1) : .....

**Adresse mail du chef d'établissement :** .....

**NOM, Prénom et adresse mail de la personne responsable formation / ressources humaines dans l'établissement :**

Mme, M. (1) : .....

**E-mail :** .....

### Votre situation actuelle

- 1 - **Fonction exercée** : .....  
(dénomination officielle de la fonction)
- 2 - **Classification** : .....  
Strate : ..... Degré : .....
- 3 - **Contrat** : .  
 CDI       CDD       Contrat professionnalisation  
 Contrat aidé (préciser) : .....

### Votre formation

- 1 - **Niveau de formation** : .....
- 2 - **Dernier diplôme obtenu** (intitulé du dernier diplôme) : .....  
.....

- a pris connaissance du document de présentation de la **préparation au Certificat de Qualification Professionnelle des Educateurs de Vie Scolaire des établissements de l'Enseignement Privé.**
- a complété le document « Engagements réciproques »**. L'original de ce document est conservé par le stagiaire. Une copie (fichier .pdf couleur de bonne qualité) doit être renvoyée à l'IFD au moment de l'inscription.
- a joint à ce dossier un **CV et une lettre de motivation**
- souhaite participer à cette formation et s'engage à satisfaire à ses exigences*

**Date et signature du candidat :**

*Merci de nous signaler tout changement d'adresse*

---

### **Partie à remplir par votre chef d'établissement :**

Je, soussigné(e), Mme, M. (1) : .....  
donne mon accord pour que : Mme, M. (1) : .....  
s'inscrive à la préparation au Certificat de Qualification Professionnelle des Educateurs de Vie Scolaire des établissements de l'Enseignement Privé.

**Le montant des frais pédagogiques de ce dispositif de formation (4704 € net de taxe, soit 672€ x 6 modules + 336€ x 2 modules) sera financé :**

- dans le cadre d'une prise en charge par l'OPCALIA  
 sur les fonds propres de l'établissement à réception des factures de l'IFD  
 Autres (à préciser) : . . . . .

*Frais annexes (déplacement, repas, hébergement) à prévoir par l'établissement (prise en charge possible par l'OPCALIA sous conditions)*

**Date, cachet et signature du chef d'établissement :**

(1) : Rayez la mention inutile