



CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE

COORDINATEUR DE VIE SCOLAIRE

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION*

Session
2020-2022
LYON

A retourner (par mail – scan couleur) à accueil@ifd-formation.org

IFD – 19 Maquis du Grésivaudan – 38700 LA TRONCHE

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 15 juin 2020

Attention : Tout dossier incomplet ne pourra être traité

**Votre inscription ne sera validée qu'à l'issue de votre entretien de positionnement*

Votre identité

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

.....
.....

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Code postal de naissance :

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 :

Collez ici votre photo d'identité



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 Coordinateurs 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 Coordinateurs 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 7 modules) sera financé :

- dans le cadre d'une prise en charge par AKTO / CPF
- 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

Date, cachet et signature du chef d'établissement :

(1) : Rayez la mention inutile