

Précisez votre choix

- L'ENSEMBLE DE LA FORMATION – SOIT LES 3 MODULES** (octobre 2024 à juin 2025) – soit 120 heures

- LE MODULE 1 UNIQUEMENT - TUTEUR DE PROXIMITÉ : LES BASES** - soit 40 heures (octobre à décembre 2024) –

- LE MODULE 2 UNIQUEMENT – TUTEUR DE PROXIMITÉ : APPROFONDISSEMENT** (janvier à mars 2025) – soit 40 heures. (Module 1 déjà validé ou demande de dispense)

- LE MODULE 3 UNIQUEMENT. – TUTEUR RÉFÉRENT** (avril à juin 2025) – soit 40 heures (Modules 1 et 2 déjà validés ou demande de dispense)

- LES MODULES 2 et 3 UNIQUEMENT** (janvier à juin 2025) – soit 80 heures (Module 1 déjà validé ou demande de dispense)

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM Prénom

.....

Nom de naissance

.....

Adresse

.....

Code Postal Ville Téléphone

Mobile Courriel

.....

Date de naissance Lieu de naissance

.....

N° Immatriculation Sécurité Sociale Nationalité

.....

Profession

.....

Situation familiale Célibataire Marié(e)/Union libre Veuf(ve) Pacs
Divorcé(e)/Séparé(e)

Statut à l'entrée en formation

Salarié(e) CDD CDI Contrat aidé (précisez)..... Autre
.....

Demandeur d'emploi Indemnisé Non indemnisé

Autre :
.....

EMPLOYEUR

.....
Adresse

.....
Code Postal Ville

.....
Téléphone Courriel

LIEU DE TRAVAIL (si différent employeur) :

.....
Adresse

.....
Code Postal Ville

.....
Téléphone Courriel

Nom et qualité du responsable hiérarchique destinataire des courriers administratifs
:

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Où en êtes-vous dans le financement de votre projet de formation ?

FINANCEMENT VALIDE

PRECISEZ :

MODULE 1

MODULE 2

MODULE 3

DEMANDE DE FINANCEMENT EN COURS

PRECISEZ :

- MODULE 1
- MODULE 2
- MODULE 3

DATE PREVISIONNELLE DE LA VALIDATION OU DU REFUS DE FINANCEMENT :

Merci de tenir informé l'IRTS de l'avancée de vos démarches de financement

Précisez l'adresse de facturation de la formation

Service ou interlocuteur :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Courriel :

AU COURS DE LA FORMATION ACCOMPAGNEREZ-VOUS UN SALARIÉ EN CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION ?

Oui Non

Si Oui

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE QUE VOUS ACCOMPAGNEZ

NOM : Prénom :

STATUT : Contrat de professionnalisation

Nom et adresse de l'institut de formation :

.....

.....

.....

Filière et promotion/cohorte:

QUELLES SONT LES FORMATIONS OU STATUT DES PERSONNES QUE VOUS AVEZ DÉJÀ ACCOMPAGNÉES, ACCOMPAGNEZ OU SEREZ AMENÉ À ACCOMPAGNER CHEZ VOTRE EMPLOYEUR ACTUEL ?

- CAP Précisez :
 - BEP : Précisez :
 - DEAMP DEAES DEAF DEAP DETISF DEME
 - Maîtresse de Maison Surveillant de nuit
 - DEASS DECESF DEES DEETS DEEJE
 - DEMF DEIS CAFERUIS CAFDES
 - DEAS DEIDE
 - BPJEPS DEJEPS
 - Service civique
 - Emploi aidé. Préciser le type d'emploi aidé :
-
- Diplôme d'État de psychomotricien Diplôme d'Etat d'ergothérapeute
 - Autres Précisez :

Pensez-vous pouvoir bénéficier d'une dispense de module ?

- Oui Non

Si oui, un formulaire spécifique « DEMANDE DE DISPENSE PARTIELLE DE MODULE » vous sera adressé dans les meilleurs délais.

PIÈCES À NOUS FAIRE PARVENIR AVANT L'ENTRÉE EN FORMATION

- 1 CV à jour
- 1 photo d'identité
- Copies des diplômes professionnels

En cas de module 1 et/ou 2 déjà validé

- Attestation(s) de validation de module

NB: Si vous souhaitez bénéficier des services du Centre de Ressources Documentaires 1 chèque de caution de 70 € à l'ordre de l'IRTS de Franche-Comté vous sera demandé le premier jour de formation

DOSSIER A NOUS FAIRE PARVENIR A L'ADRESSE :

FORMATION TUTEUR

Institut Régional du Travail Social
1, rue Alfred de Vigny – CS
25051 BESANÇON Cedex

OU PAR VOIE ELECTRONIQUE A L'ADRESSE :

Florence.leleu@irts-fc.fr