

## INSCRIPTION A LA PROCEDURE D'ADMISSION

Diplôme d'État  
**CONSEILLER EN ECONOMIE SOCIALE FAMILIALE (CESF)**

### CALENDRIER DE LA PROCEDURE D'INSCRIPTION – SESSION 2

Période d'inscription ouverte **jusqu'au 16 juin 2025**

Après cette date, contacter le service admission

Date de l'oral d'admission: **Lundi 7 juillet après-midi**

Date divulgation des résultats : **Jeudi 10 juillet**

### TARIF

Coût de l'épreuve orale d'admission : **110 €**

Liste des documents à transmettre par mail ou  
à retourner dans l'espace personnel

### Par tous les candidats (à transmettre par mail [admission@irts-fc.fr](mailto:admission@irts-fc.fr))

- **Titulaire du BTS en ESF** : le diplôme du BTS en ESF accompagné du relevé de notes. Si BTS obtenu il y a moins de 5 ans, les bulletins scolaires de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année de BTS.
- **Candidat en 2<sup>ème</sup> année de BTS en ESF** : un certificat de scolarité et les bulletins scolaires de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année de BTS.
- **Candidat inscrit au BTS en ESF en candidat libre** : attestation d'inscription au BTS, le relevé de notes du BTS, les bulletins scolaires de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année de BTS.

### Par les candidats salariés dont le financement est pris en charge par l'employeur (à déposer dans l'espace personnel)

- Certificat de travail
- Attestation de prise en charge

**À compléter impérativement** dans le cas d'un financement par l'employeur et à déposer dans votre espace personnel -

**CERTIFICAT DE TRAVAIL**

Je soussigné M. ....agissant en qualité d'employeur

**Établissement Gestionnaire :** .....

Adresse.....

Téléphone : .....

E-mail : .....

**Lieu de travail : (si différent de la structure employeur)**

Nom et adresse .....

Nom du Responsable : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

**Certifie employer M.** .....

Dates (merci de préciser la durée exacte du contrat) :

Du .....au

à temps complet ou partiel en qualité de : .....

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

- en CDD
- en CDI
- en Contrat de Professionnalisation
- en Contrat d'apprentissage
- autre type de contrat (préciser lequel : .....) )

Date et Signature

Cachet de l'Établissement

*- À compléter impérativement dans le cas d'un financement par l'employeur et à déposer dans votre espace personnel -*

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE**

Je soussigné M. .... agissant en qualité d'employeur certifie que le coût pédagogique de la formation de **M**.....

sera pris en charge par :

<input type="checkbox"/> ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR	<input type="checkbox"/> AUTRE ORGANISME FINANCEUR	<input type="checkbox"/> AUTRE
Nom de l'Établissement :	Nom de l'organisme :	Préciser quel autre type de financement :
Adresse :	Adresse :	

Date et Signature

Cachet de l'Établissement