

## INSCRIPTION A LA PROCEDURE D'ADMISSION

Diplômes d'État

**ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL (ASS)**

**ÉDUCATEUR TECHNIQUE SPECIALISE (ETS)**

**INSCRIPTIONS OUVERTES**

Pour les demandeurs d'emploi

Pour les candidats ayant un financement employeur

**ÉDUCATEUR DE JEUNES ENFANTS (EJE)**

**ÉDUCATEUR SPECIALISE (ES)**

**INSCRIPTIONS OUVERTES**

Pour les candidats ayant un financement employeur uniquement

### TARIFS

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

Coût de l'épreuve orale d'admission pour 2 formations : **130 €**

Coût de l'épreuve orale d'admission pour 3 formations : **150 €**

Coût de l'épreuve orale d'admission pour 4 formations : **170 €**

**Pour les candidats inscrits sur le portail IRTS**

Liste des documents à retourner et à déposer dans  
l'espace personnel

**Par les candidats salariés dont le financement est pris en charge par l'employeur.**

- 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 :  Adresse :	Nom de l'organisme :  Adresse :	Préciser quel autre type de financement :

Date et Signature

Cachet de l'Établissement