

NOM :

PRENOM :

**Cadre réservé au centre de formation**

Dossier complet   
incomplet

Condition d'accès.....

Allègement.....

Dispenses.....

Pièce(s) manquante(s).....

**Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement  
et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale  
(CAFERUIS)**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

(Complémentaire à l'inscription en ligne sur le site internet)

**Calendrier des admissions**

Date de clôture des inscriptions : **2 juin 2025**

Date des entretiens : **24 juin 2025**

Date de notification des résultats : **30 juin 2025**

**À retourner  
au plus tard à la date de clôture des inscriptions  
par mail à :  
admission@irts-fc.fr**

**Contact :**

**PROCÉDURE D'ADMISSION À LA FORMATION CAFERUIS**

Tél. 03.81.41.61.07/08

Fabienne SARRAZIN / Karine LAUZET

## RECAPITULATIF DES PIÈCES CONSTITUTIVES DU DOSSIER DE CANDIDATURE

**Le dossier de candidature complet** est examiné par le responsable de la formation qui valide la recevabilité du candidat.

- Le présent dossier de candidature CAFERUIS dûment complété.
- Copie d'une pièce d'identité (à *déposer en ligne recto-verso*).

### **DEMANDEUR D'EMPLOI**

- Joindre un avis de situation pôle emploi.

### **CONDITION D'ACCÈS A LA FORMATION**

- La photocopie du diplôme relatif aux conditions d'accès.
- Tableau page 4 complété et accompagné des attestation(s) employeur qui justifie(nt) des années d'expérience professionnelle et des fonctions occupées. **Si vous répondez à une des conditions d'accès qui nécessitent de justifier d'expérience professionnelle spécifique (alinéa 3 ou alinéa 4).**

### **FINANCEMENT DE LA FORMATION**

- Page 5 à compléter et justificatif joint si nécessaire (attestation de prise en charge de la formation par l'employeur par exemple).

### **PARCOURS DU CANDIDAT**

- Un curriculum vitae présentant de façon détaillée vos diplômes et formations, vos expériences professionnelles ou bénévoles (à *déposer en ligne*).
- Une note entre 4 et 5 pages (à *déposer en ligne*) **uniquement pour les candidats inscrits aux épreuves de sélection.**

### **PAIEMENT DES FRAIS DE SÉLECTION**

- Paiement en ligne par carte bancaire (**110 euros**)  
**OU**
- Facture à adresser à l'employeur (joindre une attestation de l'employeur)

Je, soussigné(e) .....

demande mon inscription pour l'entrée en formation préparant au **CAFERUIS** et certifie l'exactitude des informations figurant ci-dessous.

Fait à ..... Le .....

**Signature**

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**Statut**

- Salarié(e)     CDI : depuis le .....
- CDD : date de fin de contrat .....
- Autre .....

Profession : **mentionnée sur le bulletin de salaire**.....

- Demandeur d'emploi     Indemnisé jusqu'au .....
- Non indemnisé
- Autre .....

**Demande d'accompagnement adapté et accompagnement particulier pour les épreuves et le parcours de formation :**

- Oui
- Non

Toutes demandes d'aménagement d'épreuve sont à adresser au plus tard à la date de clôture des inscriptions accompagnées d'un certificat médical délivré par la MDPH. CF Règlement d'admission.

Pour plus de renseignements, voir sur le site de l'IRTS – onglet : "[accessibilité - handicap](#)" ou prendre contact avec le Référent Handicap : referent.handicap@irts-fc.fr

## CONDITION D'ACCÈS A LA FORMATION

La formation est ouverte aux candidats remplissant l'une des conditions suivantes définie **dans l'Arrêté du 31 août 2022 relatif au CAFERUIS, Article 2.**  
**CF Règlement d'admission**

**Merci de cocher la condition d'accès correspondant à votre situation.**

	Origine de votre diplôme ou secteur d'origine	Niveau minimum requis	Expérience professionnelle post <u>diplôme</u> réalisée dans tous organisme public ou privé relevant du secteur de l'action sociale, médico-social, éducatif, santé ou de l'économie sociale et solidaire
<input type="checkbox"/>	Diplôme visé à l'article L 451-1 du CASF*	Niveau 5 (ancienne nomenclature Niveau III) (Ex : DEASS, DEES, DEEJE, DECESF... (Diplômes obtenus avant ou après la dernière réforme)	-
<input type="checkbox"/>	Diplôme, certificat, titre enregistré au RNCP	Niveau 6 (ancienne nomenclature Niveau II) (Ex : Licence, Maîtrise...)	-
<input type="checkbox"/>	Diplôme d'État, ou national ou délivré par le Ministère de l'enseignement supérieur sanctionnant 2 ans d'études supérieures ou diplôme, certificat ou titre enregistré au RNCP**	Niveau 5 (ancienne nomenclature Niveau III) (Ex : DEUG, BTS, DUT, DEUST..)	2 ans
<input type="checkbox"/>	Diplôme visé à l'article L 451-1 du CASF*	Niveau 4 (ancienne nomenclature Niveau IV) (EX : DEME, DETISF)	4 ans

\* code de l'action sociale et des familles

\*\* répertoire national des certifications professionnelles

**Intitulé exact de votre diplôme :** .....

.....

**Date d'obtention :** .....

**Tableau d'expérience professionnelle<sup>1</sup>** (support au bilan de positionnement)

**A compléter si vous répondez à une des conditions d'accès qui nécessitent de justifier d'une expérience professionnelle spécifique ; alinéa 3 et alinéa 4.**

Détaillez vos expériences professionnelles acquises au cours d'activités salariées ou non salariées (de la plus récente à la plus ancienne) relatives aux conditions d'accès à la formation et joignez tous documents justificatifs (certificat de travail, attestation d'emploi etc...)

Année (du ... au ...)	Type de contrat et durée <sup>2</sup>	Nom de l'entreprise et adresse	Fonction occupée	Secteur d'activité (social, médico- social, éducatif...)	Justificatif joint <sup>3</sup>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

**Durée totale de l'expérience professionnelle :** .....

<sup>1</sup> Tableau à dupliquer autant de fois que nécessaire.

<sup>2</sup> La durée de l'expérience professionnelle est comptabilisée en équivalent taux plein et elle doit être postérieure à la date d'obtention du diplôme.

<sup>3</sup> Chacune des expériences professionnelles doivent être justifiées par un certificat de travail, attestation employeur etc...

## FINANCEMENT DE LA FORMATION

### Compte Personnel de Formation (CPF)

- Avec abondement complémentaire de l'employeur
- Avec abondement complémentaire de pôle emploi
- Autre abondement complémentaire (personnel, agefiph) : .....

### Projet de transition professionnelle

#### Employeur

#### Période de « pro-A »

#### Contrat de professionnalisation

#### Congé de formation professionnelle (Fonction publique)

#### Pôle emploi dans le cadre des demandeurs d'emploi

#### Autre

.....

### **Organisme de financement**

Nom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Téléphone ..... Courriel .....

### **EMPLOYEUR**

#### **Lieu de travail :**

Nom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Téléphone ..... Courriel .....

#### **Siège social (si différent lieu de travail) :**

Nom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Téléphone ..... Courriel .....

## INSCRIPTION A LA PROCEDURE D'ADMISSION

### CERTIFICAT D'APTITUDE AUX FONCTIONS D'ENCADREMENT ET DE RESPONSABLE D'UNITE D'INTERVENTION SOCIALE (CAFERUIS)

#### CALENDRIER DE LA PROCEDURE D'INSCRIPTION

Période d'inscription : **jusqu'au 2 juin 2025**

Date des entretiens : **le 24 juin 2025**

Date de notification des résultats : **le 30 juin 2025**

#### TARIFS

Coût de l'épreuve orale d'admission : 110 euros

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

#### Par tous les candidats

- Le dossier complémentaire ci-joint à retourner à [admission@irts-fc.fr](mailto:admission@irts-fc.fr)

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

- Attestation de prise en charge à déposer dans l'espace personnel

**À compléter impérativement** dans le cas d'un financement par l'employeur

## 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 :	
Taux ou montant de la prise en charge :	Taux ou montant de la prise en charge :	Taux ou montant de la prise en charge :

Date et Signature

Cachet de l'Établissement