

INSCRIPTION A LA PROCEDURE D'ADMISSION

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

CALENDRIER DE LA PROCEDURE D'INSCRIPTION

Dates période d'inscription : **du 8 janvier au 10 mars 2025**

Dates des oraux : **le 28 mars 2025**

Dates divulgation des résultats : **le 2 avril 2025**

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)

- **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^{ère} et 2^{ème} année de BTS.
- **Candidat en 2^{ème} année de BTS en ESF** : un certificat de scolarité et les bulletins scolaires de 1^{ère} et 2^{ème} 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^{ère} et 2^{ème} 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) :

Duau

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