

## FORMATION

### CQP SURVEILLANT-E DE NUIT

### FICHE DE CANDIDATURE

Rentrée 2024 **BLOIS**

Collez ici  
votre photo  
d'identité

#### Votre identité

NOM d'usage (en lettres capitales) \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
Prénom(s) \_\_\_\_\_

Né(e) le :       à \_\_\_\_\_ Département

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal      Ville \_\_\_\_\_

Portable

Mail \_\_\_\_\_

#### Votre situation actuelle *(possibilité de cocher plusieurs cases)*

##### Vous exercez une activité professionnelle

*Si vous envisagez, avec l'accord de votre employeur, de suivre la formation en situation d'emploi, remplir le cadre suivant et joindre la fiche « Attestation de financement » :*

Poste occupé \_\_\_\_\_

Type de contrat \_\_\_\_\_ Date début       Date fin        
Mois Année Mois Année

Nom de l'organisme employeur \_\_\_\_\_

Nom du directeur/ directrice \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal      Ville \_\_\_\_\_

Mail professionnel \_\_\_\_\_

Lycéen, Etudiant  Autre situation : \_\_\_\_\_

Reconnaissance MDPH  Bénéficiaire RSA

Vous avez besoin d'un aménagement spécifique à cause d'un handicap ou d'une maladie longue durée

Rémunération :  OUI  NON Si oui quel type de rémunération : \_\_\_\_\_

 **Vos diplômes (joindre la copie des diplômes)**

Aucun

En cours d'obtention, précisez lequel :

Diplômes, titres ou certificats généraux ou professionnels, précisez :

Intitulé	Date d'obtention
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Examen de niveau DRJSCS / DRASS

Etes-vous titulaire du  SST  HACCP  EPI  CPNE  AVS  AMP

 **Votre expérience professionnelle (joindre votre CV)**

Périodes	Etablissements / Entreprises	Fonctions exercées
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

 **Allègement et/ou dispense de domaine(s) de formation**

◆ Sollicitez-vous un **allègement et/ou une dispense de domaine(s) de formation** ?  Oui  Non  
Si oui, au regard d'un diplôme :

Fait à \_\_\_\_\_

le :

Signature du candidat :

## COMPOSITION DOSSIER D'INSCRIPTION

### CONDITIONS D'ACCES

- Le dossier d'inscription ci-joint complété
- Une photo d'identité ( recto/verso)
- Une copie de votre pièce d'identité
- Fournir un Curriculum Vitae présentant de façon détaillée la trajectoire personnelle et professionnelle et incluant la formation initiale et continue
- Pour les personnes déjà titulaire d'une attestation CPNE Surveillant de Nuit Qualifié ou Maitre de Maison
  - copie de l'attestation CPNE
  - le justificatif de réalisation d'une PMSMP de 10 jours maximum ou attestation d'employeur prouvant d'une expérience professionnelle d'au minimum deux semaines dans le secteur et correspondant à l'emploi visé.

### ETUDE DES DISPENSES ET ALLEGEMENTS DE FORMATION

Si vous souhaitez une dispense et/ou un allègement de formation vous devez en faire la demande par écrit et nous fournir :

- La copie du ou des diplôme(s) ou attestation justifiant l'obtention d'un : PSC1 / SST / HACCP / EPI / CPNE / AVS / AMP

### FINANCEMENT

- Fournir une attestation de financement employeur ou autre organisme ou un engagement personnel

### Capacité d'accueil total par groupe

---

- 16 personnes

### Dates

---

- Inscription avant le 08 novembre 2024

### Coût pédagogique de la formation complémentaire

---

Coût prévisionnel pour l'année 2024 : **3 444.70 € pour la formation au CQP Surveillant de Nuit**, pour un parcours complet de formation, incluant les modules d'accompagnement méthodologique et les séquences d'évaluation.

Le coût des parcours individualisés (en cas de report de formation) fait l'objet d'un devis personnalisé.

Le coût pédagogique n'inclut pas les frais engagés par les candidats pour la fréquentation de la formation (transport, restauration, hébergement...).

### Dossiers de financement

---

Les candidats qui envisagent de faire prendre en charge leurs frais de formation par un OPCO (Opérateur de Compétences) ou par tout autre organisme susceptible d'aider au financement de la formation sont invités à entamer dès que possible les démarches nécessaires auprès de ces organismes. Le service de la formation se tient à leur disposition pour remplir tout document nécessaire à vos démarches.

### Lieu de formation : BLOIS - GRETA

---

# ATTESTATION DE FINANCEMENT

(Exemplaire à retourner à l'E.R.T.S. lors de l'inscription)

## Pour les candidats salariés

Etablissement employeur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ Directeur, Directrice de l'établissement ci-dessus désigné atteste :

### 1 Autoriser :

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Poste occupé durant la formation \_\_\_\_\_

à suivre la formation de :

qui se déroulera sur le site d'OLIVET

### 2 Financer la formation par :

- Un financement OPCO (sous réserve de l'accord), préciser lequel :
- Le budget de l'établissement
- Autre (préciser) :

Fait à

Le

Cachet de l'établissement

La Directrice,  
Le Directeur,