



**ÉCOLE  
SUPÉRIEURE  
DE PRAXIS  
SOCIALE**

**Photo**

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

## **DOSSIER DE CANDIDATURE A LA FORMATION PREPARANT AU CERTIFICAT NATIONAL DE COMPETENCE (CNC)**

MANDATAIRE JUDICIAIRE DE LA PROTECTION DES MAJEURS  
MENTION « MESURE JUDICIAIRE A LA PROTECTION DES MAJEURS » (MJPM)

**CNC MJPM**

**Date de clôture des inscriptions :**  
**le .....**

**Dossier de candidature à télécharger et compléter sur le site [www.praxis.alsace](http://www.praxis.alsace)  
et à retourner par voie postale, accompagné des pièces jointes, à :**

Ecole Supérieure de Praxis Sociale – Service de Formation Continue  
4 rue Schlumberger  
68200 MULHOUSE

Tél. 03 89 33 57 99 – Fax : 03 89 33 57 19

E-mail : [g.pheulpin@praxis.alsace](mailto:g.pheulpin@praxis.alsace)

*N° déclaration d'existence : 42680017768*

**ETAT CIVIL**

Nom et prénom : Mme  M.  .....

Nom de naissance : .....

Date et lieu de naissance (pays) : le ..... à .....

Nationalité : .....

Situation familiale : célibataire  Marié(e)  Autre  précisez.....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

N° téléphone personnel : ..... Portable : .....

N° téléphone professionnel : .....

Courriel : .....

**SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE**

Fonction exercée : .....

Date d'entrée : .....

Employeur : .....

**Siège social :**

Nom du directeur : Mme  M.  .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

N° téléphone : ..... N° fax : .....

Courriel : .....

**Lieu d'exercice professionnel (si différent) :**

Nom du directeur : Mme  M.  .....

Dénomination de l'établissement : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

N° téléphone : ..... N° fax : .....

Courriel : .....

**ACTIVITE DE MANDATAIRE**

**Activité de mandataire ou de délégué à la tutelle :**

OUI  NON

**SI OUI : Date du début d'activité :**

**Première mesure :**

**PRINCIPAUX DIPLOMES SCOLAIRES, PROFESSIONNELS, UNIVERSITAIRES**

Intitulé du diplôme	Date d'obtention	Lieu de formation

**PRINCIPALES EXPERIENCES PROFESSIONNELLES**

Fonction	Date de début	Durée	Employeur

**MODE DE FINANCEMENT ENVISAGE**

Organisme employeur .....  
 Congé Individuel de Formation (UNIFAF, AGEFOS, UNIFORMATION, etc)  
 A titre personnel  
 Autre, précisez.....

**SIGNATAIRE DE LA CONVENTION DE FORMATION (OPCA OU EMPLOYEUR)**

Mme  M.   
 Nom et fonction du signataire :  
 .....  
 Dénomination de l'établissement  
 .....  
 N° téléphone : ..... N° fax : .....  
 Courriel : .....

**MODE D'ENTREE EN FORMATION**

formation continue (en situation d'emploi)  
 formation initiale (étudiant)  
 demandeur d'emploi

**Tout dossier expédié après la date de clôture (cachet de la poste faisant foi) ou incomplet ne pourra pas être pris en compte par l'Ecole Supérieure de Praxis Sociale**

Date et signature :



Diplôme de niveau III ou supérieur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Trois années d'expérience dans l'exercice de MPJM	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Trois années d'expé. prof. dans une activité en lien avec la formation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Décision de la commission	<input type="checkbox"/> Dis. <input type="checkbox"/> All. <input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Dis. <input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Dis. <input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Dis. <input type="checkbox"/> Aucune					

STAGE PRATIQUE :

Date et signature du candidat :

Date et signature de la commission :