



**ÉCOLE
SUPÉRIEURE
DE PRAXIS
SOCIALE**

Site Schlumberger
4 rue Schlumberger
68200 Mulhouse
Tél : 03.89.33.20.00
Fax : 03.89.59.59.98
Web : www.praxis.alsace

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

A la Validation des Acquis de l'Expérience (V.A.E.)

pour le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable
d'Unité d'Intervention Sociale (C.A.F.E.R.U.I.S.)

Type d'accompagnement choisi :

- Droit commun (D.C.) de 24 heures**
- Dispositif de Soutien de Branche (D.S.B.) de 179 heures maximum**
- Individualisé de 13 heures maximum**

Pièces obligatoires à joindre au dossier : photocopie d'une pièce d'identité + photocopie de la demande de recevabilité.

Partie à remplir par le candidat :

Nom..... Nom de jeune fille.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Tél. personnel..... Tél. professionnel.....

Fax.....

E mail.....

Date d'obtention de la recevabilité.....
(joindre l'attestation de recevabilité)

D.R.J.S.C.S.de la Région.....

Diplôme en travail social..... Année d'obtention

Diplôme universitaire.....Année d'obtention

Coordonnées de l'établissement employeur actuel :

.....
.....

Prise en charge des frais d'accompagnement (à remplir uniquement pour l'accompagnement individualisé ou de droit commun)

- 1) par l'Etablissement employeur ?
- budget propre de l'établissement ?
plan annuel d'utilisation des fonds (PAUF) ?
Libellé et coordonnées exactes de l'établissement ou du service :
.....
.....
.....
Nom du responsable de la structure :
.....
- 2) dans le cadre d'un Congé Individuel de Formation (CIF) ?
OPCA
N° Adhérent.....
Coordonnées exactes :
.....
.....
.....
- 3) A titre personnel ?
- 4) Autre prise en charge : ?
- Demandeur d'emploi (joindre notification) ?
 - Bénéficiaire de minima sociaux (joindre notification) ?
 - Salarié non pris en charge par le FONGECIF, les OPCA ou son employeur ?
(dans ce cas, joindre les attestations de non prise en charge)
Ces trois situations sont susceptibles d'être prises en charge par le Conseil Régional.

FACTURATION (Concerne les points 1-2-3)

Libellé et adresse de l'organisme payeur où sera envoyé le mémoire pour les frais de l'accompagnement :

.....
.....
.....
.....

Fait à, le

Signature et cachet de l'employeur :
(Uniquement lorsqu'il s'agit des points 1-2)

Signature du candidat :
(Dans tous les cas)