



**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 22 juin 2020**

Une seconde session d'admission sera organisée en octobre 2020, en fonction des demandes.

**Dossier de candidature à télécharger et compléter sur le site 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 : f.bazine@praxis.alsace

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	<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	<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	<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	<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	<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	<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"/> All. <input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Dis. <input type="checkbox"/> All. <input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Dis. <input type="checkbox"/> All. <input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Dis. <input type="checkbox"/> All. <input type="checkbox"/> Aucun	<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 :