



**ÉCOLE  
SUPÉRIEURE  
DE PRAXIS  
SOCIALE**

Photo  
(à coller)

**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 10 janvier 2023**

**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 :**


« Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD, vous disposez de la faculté d'exercer, dans les hypothèses définies par la réglementation, des droits d'accès, de rectification, de suppression et de portabilité portant sur les données vous concernant ainsi que du droit de demander la limitation ou de s'opposer au traitement.

Ces droits peuvent être exercés en écrivant à La Direction de Praxis 4 Rue Schlumberger - 68200 MULHOUSE, ou en adressant un courrier électronique à [direction@praxis.alsace](mailto:direction@praxis.alsace).

Vous disposez enfin du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle, à savoir, la CNIL. »

L'ensemble du dossier est à renvoyer avant le 10 janvier 2023 :

Ecole Supérieure de Praxis Sociale  
A l'attention de Sabrina TEDJIZA  
4 rue Schlumberger  
68200 MULHOUSE

 03 89 60 67 85

[s.tedjiza@praxis.alsace](mailto:s.tedjiza@praxis.alsace)

N° déclaration d'activité : 42 68 001 77 68  
Siret : 778 952 176 00023

## 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 : .....

RQTH :  OUI  NON

## 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 :

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE DISPENSE ET D'ALLEGEMENT

Les dispenses et les allègements de formation doivent faire l'objet d'une demande. Par ailleurs, il vous appartient de joindre tous les justificatifs permettant d'appuyer votre demande – pour ce faire, reportez vous au règlement d'allègement et de dispense. N'hésitez pas à contacter le responsable de la formation sur le site de Mulhouse pour connaître l'ensemble des allègements auxquels vous pouvez prétendre. Nous vous invitons aussi à vous **reporter aux modalités de dispense et d'allègement** ci-joint.

**Veillez cocher la case correspondante si vous souhaitez que la commission examine votre demande d'allègement**

Nom : _____
Prénom : _____
Fonction : _____

	DF 1		DF 2		DF 3		DF 4		
	module 1.1	module 1.2	module 2.1	module 2.2	module 3.1	module 3.2	module 4.1	module 4.2	module 4.3
Diplôme (Condition de dispense) et/ou Expérience professionnelle ou bénévole (condition d'allègement)	droits et procédures	le champ médico-social	gestion administrative et budgétaire	gestion fiscale et patrimoniale	connaissance des publics et des pathologies liées à la dépendance	relation, intervention et aide à la personne	les contours de l'intervention et ses limites	les relations avec le juge et avec l'autorité judiciaire	déontologie et analyse des pratiques
	48h	36h	48h	30h	24h	48h	18h	12h	36h
TMP 1988	<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	<del>X</del>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
TPS 1976	<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	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>
CNC MAJ	<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	<del>X</del>	<del>X</del>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
CNC DPF	<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	<del>X</del>	<del>X</del>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
DE CESF	<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	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>
DE ES DE ETS DE AS	<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	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>
DE EJE	<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	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>

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				
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				
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				
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"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Dis. <input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Dis. <input type="checkbox"/> Aucune

**DEMANDE DE DISPENSE DE STAGE PRATIQUE :**

**OUI**

**NON**

Date et signature du candidat :

Date et signature de la commission :