



## COCHER LA FORMATION CHOISIE

- CQP Surveillant(e) de Nuit en secteur social, médico-social et sanitaire  
 Titre Professionnel de Maître(sse) de maison en secteur social et médico-social

### SITUATION PERSONNELLE

NOM et Prénom :  Mme  M .....

NOM de naissance .....

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

Nationalité : .....

Adresse : .....

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

Téléphone fixe : ..... Portable .....

Courriel : .....

OUI  NON

### SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

Fonction exercée : .....

Date d'entrée : .....

Type de contrat : .....

Employeur : .....

**Siège social :** .....

Nom du directeur (trice) :  Mme  M. ....

Adresse : .....

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

N° Téléphone : .....

Courriel : .....

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

Nom du directeur :  Mme  M. ....

Adresse : .....

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

N° Téléphone : .....

**MODE DE FINANCEMENT ENVISAGE**

Organisme employeur : .....

OPCO : .....

A titre personnel

Autre (précisez) : .....

**CONDITIONS D'ACCES ET PRE REQUIS**

**Surveillant(e) de nuit /// Maître(sse) de maison**

Pour les salariés en poste (à minima 3 mois dans les 3 dernières années de manière continue ou non) :

Occuper un poste de Surveillant(e) de nuit

Occuper un poste de Maître(sse) demaison

Pour les demandeurs d'emploi et les personnes en reconversion professionnelle :

Période de découverte :

Réalisée

Non réalisée

En cours

**DIPLOME LE PLUS ELEVE OU NIVEAU SCOLAIRE ATTEINT**

**(Tous secteurs confondus, copies à nous fournir)**

Diplômes obtenus	Date d'obtention ou fin de scolarité	Etablissement de formation

SST

Depuis le .....

EPI

Depuis le .....

HACCP

Depuis le .....

## SIGNATAIRE DE LA CONVENTION DE FORMATION

Nom Prénom et fonction du signataire :  Mme  M. ....

Dénomination de l'établissement : .....

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

N° Téléphone : .....

Courriel : .....

## PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- Une copie recto verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité
- 2 photos d'identité
- Certificat SST  oui  non    Certificat EPI  oui  non    Certificat HACCP  oui  non
- 1 CV
- Copie des derniers diplômes
- Un certificat de l'employeur précisant notamment le poste occupé au moment de l'entrée en formation
- Justificatif des périodes de découvertes si demandeur d'emploi
- Un chèque d'un montant de 150 euros à l'ordre de l'Ecole Supérieure de Praxis Sociale pour les frais de candidature (test et entretien de positionnement)

## Signatures

Le stagiaire

A ..... le.....

Signature

Accord de l'employeur (si financeur)

A ..... le.....

Signature et cachet

**L'ensemble du dossier est à renvoyer avant le 9 juillet 2024 à**

**Ecole Supérieure de Praxis Sociale**

**Inscriptions SN MM**

**4 rue Schlumberger**

**68100 MULHOUSE**

**Et par courriel : [s.tedjiza@praxis.alsace](mailto:s.tedjiza@praxis.alsace)**

**Tests écrit de positionnement pour tous :**

**Mardi 4 juin 2024 à 09H00**

**Ou**

**Lundi 1er juillet 2024 à 09h00**

**Entretien de positionnement pour tous**

**Mercredi 12 et jeudi 13 juin 2024**

**Ou**

**Lundi 8 et mardi 9 juillet 2024**

**RENTREE LE LUNDI 30 SEPTEMBRE 2024 09H00**

**<https://www.praxis.alsace/>**

**SITE SCHULUMBERGER**  
**4 rue Schlumberger**  
**68200 MULHOUSE**  
**03 89 33 20 00**

**SITE KENNEDY**  
**22 avenue Kennedy**  
**68200 MULHOUSE**  
**03 89 33 20 00**

**Maison OREE**  
**4 rue des Vergers**  
**68100 MULHOUSE**  
**03 89 59 19 37**