



## 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 : .....

## ADRESSE DE FACTURATION SI DIFFERENTE DE LA CONVENTION DE FORMATION

Dénomination de l'établissement : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Courriel : .....

## PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- Une copie recto verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité
- 1 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

« 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**  
**VENDREDI 26 JUIN 2026 à**

**Ecole Supérieure de Praxis Sociale  
Inscriptions SN MM  
4 rue Schlumberger  
68100 MULHOUSE**

**Tests écrit et entretien de positionnement :**  
**Mardi 12 mai 2026**  
**De mai à septembre 2026**

**RENTREE MERCREDI 18 NOVEMBRE 2026**

**<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**