



DOSSIER DE CANDIDATURE

Voie de la formation

SECRETAIRE MEDICAL

COLLER PHOTO ICI

INFORMATIONS RELATIVES À VOTRE CANDIDATURE

- Secrétaire médical
 CAP Petite enfance
 Assistant juridique

*COCHER LA FORMATION QUI VOUS CORRESPOND

MES INFORMATIONS PERSONNELLES

Civilité	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Autre / Non-genré
Nom de naissance <i>(Tel qu'indiqué sur votre pièce d'identité)</i>			
Nom d'usage <i>(Si différent de votre nom de naissance)</i>			
Prénom <i>(Tel qu'indiqué sur votre pièce d'identité)</i>			
DATE ET LIEU DE NAISSANCE Ville et n° département / pays (si à l'étranger)	Date :	Ville :	Code postal (ville de naissance) :
	Pays : <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		
SI VOUS ETES NON RESSORTISSANT DE L'UE, DISPOSEZ VOUS :	D'une autorisation de travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non D'un visa étudiant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Permis de conduire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours		
Adresse mail Téléphone	@ : Tél :		
Personne à contacter en cas d'urgence	Nom/Prénom : Téléphone : Mail :		

Comment nous avez-vous connu ?

- SALON(S) – précisez :
 COMMUNICATION URBAINE ? : Métro Bus Tramway Mobilier urbain RADIO – précisez :
 ORGANISME ACCOMPAGNEUR : CAP EMPLOI CIO MISSION LOCALE AUTRE (préciser) RECOMMANDATION
(Précisez le nom) :

- Entreprise :
 Etudiant.e :
 Formateur.rice/Personnel :
 AUTRE (préciser) :

INTERNET :

- Moteur de recherche – préciser Publicité sponsorisée Parcoursup AUTRE

(précisez) RÉSEAUX SOCIAUX ?

- Facebook LinkedIn Instagram TikTok Snapchat
 AUTRE (précisez) :

AVEZ-VOUS UN ORGANISME D'ACCOMPAGNEMENT POUR VOTRE PROJET ?

(Mission locale, École de la 2nde chance, Maison de l'emploi, Cap Emploi, etc...)

Organisme Ville Votre conseiller.e
..... Téléphone

Avez-vous posé votre candidature dans un autre établissement ? Oui- précisez :

- Non En cours – précisez :

MES QUALIFICATIONS / DIPLÔMES / CERTIFICATIONS

Dernier diplôme obtenu / validé (Cochez la case correspondante)

- Aucun diplôme validé / obtenu à ce jour
- Niveau 2 - Diplôme national du brevet
- Niveau bac - échec à l'examen
- Niveau 3 - CAP / BEP ou autre
- Niveau 4 - Bac général, Techno ou Pro, etc.
- Niveau 5 - BTS / DUT / DEUG, etc.
- Niveau 6 - Licences / BUT / Maîtrise
- Niveau 7 - Master 2 ou équivalent
- Niveau 8 - Doctorat ou équivalent
- Autre (ex. : diplôme de chirurgien-dentiste étranger)

Précisez le nom exact du dernier diplôme obtenu
(Ou qualification / certification professionnelle / Titre / Titre *professionnel*)

Nom exact :

(Ex. : Bac Pro accompagnement soins et services à la personne)

Pays d'obtention du diplôme :

- France
- Autre (précisez) :

Je suis titulaire d'un diplôme permettant d'exercer en France les professions ci-dessous :

<i>Cochez la case correspondante</i>	OUI	NON	<i>Cochez la case correspondante</i>	OUI	NON
Infirmier*			Auxiliaire de puériculture*		
Masseur-kinésithérapeute *			Ambulancier*		
Pédicure-podologue*			Assistant de régulation médicale*		
Ergothérapeute*			Technicien de laboratoire médical*		
Psychomotricien*			Audioprothésiste*		
Diététicien*			Opticien-lunetier*		
Manipulateur D'électroradiologie médicale			Prothésiste / orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées*		
Orthoptiste*			Préparateur en pharmacie hospitalière		
Orthophoniste*			Auxiliaire vétérinaire qualifié		
Aide-soignant*					

* Diplômes mentionnés aux titres Ier à VII et IX du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique.

<p>Je dispose d'autres attestations, qualifications, habilitations ou certificats</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI :</p> <p>Nom de l'attestation / qualification / habilitation, etc. :</p> <p>Date d'obtention :</p>
--	---

La dernière activité professionnelle que j'ai exercée (Cochez, la ou les cases correspondant à votre situation avant la formation)

Aucune, je sors d'une formation scolaire (lycée, école, Fac, etc.) et n'ai jamais travaillé avant aujourd'hui.

- Aucune**, je n'ai jamais exercé d'activité professionnelle avant aujourd'hui.
- J'ai uniquement exercé dans le cadre de ma formation en alternance** (contrat de pro ou d'apprentissage) : Diplôme visé :
Métier / activité professionnelle exercée :

J'ai exercé la profession / le métier ci-dessous en France, mais ne l'exerce plus aujourd'hui :

Nom du métier : _____ Durée d'expérience (en mois ou en années) :

Nom et adresse de l'employeur :

Je suis en emploi à ce jour et j'exerce mon activité professionnelle / mon métier en France :

Nom du métier : _____ Durée d'expérience (en mois ou en années) :

Nom et adresse de l'employeur :

MES BESOINS SPÉCIFIQUES

Remarque : Quelle que soit votre situation, vous n'êtes pas dans l'obligation de répondre à cette partie de la fiche.

Les informations que vous pourrez éventuellement nous transmettre resteront totalement confidentielles et ne seront pas divulguées en dehors du seul cadre de votre entretien de positionnement sans votre accord écrit et explicite.

Ces informations visent à nous aider à mieux vous accompagner tout au long de votre parcours visant le Titre Secretariat médicale. Selon votre situation, et uniquement si vous le désirez et selon vos besoins individuels et spécifiques, il est possible de mettre en œuvre des aménagements de votre parcours de formation et/ou des adaptations des modalités d'évaluation dans la cadre de la compensation de situation de fragilité ou de handicap.

Pour tout complément d'information, vous pouvez contacter le référent du centre de formation en vous rapprochant de l'accueil de votre centre de formation par téléphone, mail ou physiquement

Situation de fragilité et aménagements de mon parcours

Je dispose d'une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, mais je ne souhaite pas la préciser à l'écrit Oui, elle concerne : <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas répondre
Je dispose d'une notification (MDPH ou avis médical) en lien avec une situation de handicap ou de fragilité	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, mais je ne souhaite pas la préciser à l'écrit Oui, elle concerne : <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas répondre
Je souhaite que mon tuteur / maître d'apprentissage / employeur en soit informé	<input type="checkbox"/> Non, en aucun cas je ne souhaite qu'il soit informé <input type="checkbox"/> Oui, mais je lui transmettrai l'information personnellement <input type="checkbox"/> Oui, j'accepte que le centre de formation échange de ma situation avec mon tuteur / maître d'apprentissage / employeur
Je souhaite faire valoir mes droits à l'aménagement de mon parcours de formation au regard de mes besoins spécifiques	<input type="checkbox"/> Non, à ce jour je ne le souhaite pas. <input type="checkbox"/> Oui, je souhaite bénéficier des aménagements / adaptations de mon parcours de formation <input type="checkbox"/> Je ne sais pas, je souhaite en échanger avec le centre de formation
Je souhaite faire valoir mes droits à l'adaptation des modalités d'évaluation des épreuves du Titre Secretariat médical au regard de mes besoins spécifiques	<input type="checkbox"/> Non, à ce jour je ne le souhaite pas. <input type="checkbox"/> Oui, je souhaite bénéficier des aménagements / adaptations des modalités d'évaluation des épreuves <input type="checkbox"/> Je ne sais pas, je souhaite en échanger avec le centre de formation

Mes besoins pour la formation

Pourquoi avez-vous choisi ce métier ?	Exprimez en quelques mots votre motivation
Avez-vous effectué une période d'immersion en entreprise ou une enquête métier ?	Décrivez votre expérience

<p>Ma représentation du métier</p>	<p>Décrivez en quelques mots / ligne ce qu'implique d'exercer ce métier. Quelles sont selon vous les activités à réaliser ? les responsabilités de ce métier ? sa place dans l'entreprise ?</p>
<p>Les difficultés que je rencontre</p>	<p>Vous pouvez indiquer ou préciser ici les difficultés que vous rencontrez ou avez rencontrées lors des formations que vous avez suivies, des examens et épreuves que vous avez passés ou encore dans le cadre de votre parcours professionnel (<i>ex. lecture, compréhension, calculs, rédaction de documents professionnels, communiquer par téléphone, utilisation des outils numériques, etc.</i>)</p>
<p>Mes besoins et attentes pour la formation</p>	<p>Indiquez ici, ce dont vous pourriez avoir besoin pendant votre formation préparant au diplôme (<i>ex. renforcement sur les compétences métier, méthodologie de rédaction du rapport de stage, soutien en mathématiques, français, biologie, accompagnement individuel, méthode d'apprentissage des connaissances, utilisation des outils numériques, de communication, travailler ma posture professionnelle, etc.</i>)</p>
<p>Commentaires éventuels</p>	<p>Champ libre à destination du candidat :</p>

Je soussigné.ecertifie sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées pour la constitution du dossier de candidature.

Date :

Signature du candidat :

Documents à fournir obligatoirement

- * Copie de votre pièce d'identité en cours de validité (passeport ou carte d'identité) / Photocopie du titre de séjour et de l'autorisation de travail si non ressortissant de l'UE
- * 2 photos d'identité
- * CV actualisé
- Attestation d'inscription au pôle emploi (le cas échéant) pour les + 26 ans
- Copie des diplômes que vous avez validés (ou relevé de notes / attestation de réussite)
- Copie des qualifications / habilitations / certificats que vous avez obtenus
- Le cas échéant et si vous le désirez : reconnaissance RQTH / avis médical / notification MDPH en lien avec une situation de fragilité / handicap pouvant donner lieu à aménagement / adaptation de parcours et des modalités d'évaluation