Paris, le 4 octobre 2022

Madame, Monsieur,

Vous envisagez de suivre une formation au sein de notre établissement.

Nous vous adressons ce **Dossier de candidature** à compléter et à nous retourner, avec les pièces demandées. Nous vous remercions de remplir ce dossier avec soin, en répondant à l’ensemble des volets.

À la réception de votre dossier complet, nous reviendrons vers vous sous un délai de trois semaines afin de vous convier à une journée de préadmission dans nos locaux. Vous rencontrerez différents professionnels qui vous présenteront les activités du Centre de Formation et de Rééducation Professionnelle Valentin Haüy, dont vous pouvez découvrir le détail sur notre site [**www.cfrp-avh.fr**](www.cfrp-avh.fr).

Au cours de cette journée, vous approfondirez avec eux votre parcours, vos acquis et vos besoins dans le cadre de votre projet de formation.

Puis, à l’issue d’une commission délibérative des professionnels que vous aurez rencontrés, vous recevrez par mail un compte rendu de préadmission avec la réponse du CFRP à votre demande de formation.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez et vous prions d’agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Les Directions de Formation

**DOCUMENTS À RENVOYER**

Afin de préparer la journée de préadmission, nous vous demandons de joindre avec ce **Dossier de candidature dûment complété** une copie des documents suivants :

**Fiche de renseignement ophtalmologique entièrement complétée (ou à défaut, joindre un bilan ophtalmologique récent)**

**Carte d’identité ou Titre de séjour en cours de validité**

**Reconnaissance RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé), délivrée par votre MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), si vous en possédez une**

**Notification de décision pour la formation demandée, délivrée par votre MDPH, si vous en possédez une**

**Attestation de droits à l’Assurance Maladie (téléchargeable sur votre compte en ligne Ameli)**

**Lettre de motivation pour la formation demandée**

**CV (curriculum vitae) à jour**

**Diplômes**

**Compte rendu d’évaluation ou d’accompagnement (stage de rééducation, de locomotion, d’orthoptie…), si vous avez déjà bénéficié d’une telle prestation**

**Attestation de stage si vous en avez déjà effectué un**

**Certificats de travail si vous avez déjà travaillé**

En cas de difficulté rencontrée pour compléter ce dossier de candidature, vous pouvez contacter Yohan SUSCILLON au secrétariat de formation,  
par téléphone : **01 44 49 29 68**, ou par mail : **y.suscillon@cfrp-avh.fr**



**DOSSIER DE CANDIDATURE[[1]](#footnote-2)**

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**Madame**  **Monsieur**

* **Nom de naissance :**
* **Nom d’usage :**
* **Prénom :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **/** |  |  | **/** |  |  |  |  |

* **Date de naissance** :
* **Lieu de naissance** :

Si vous êtes né(e) à l’étranger, veuillez indiquer votre date d’arrivée en France :

* **Adresse** :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

* **Code postal**:
* **Ville** :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* **Téléphone portable** :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* **Téléphone fixe** :
* **Adresse mail** :
* **Nationalité**:  Française   Autre, précisez :

**SITUATION FAMILIALE**

* **Êtes-vous** :  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)

Vie maritale  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf/veuve

**MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES**

**(MDPH)**

**Avez-vous déjà déposé un dossier auprès de la MDPH** :

Oui  Non

Si oui, possédez-vous :

* **Une RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)**:Oui  Non

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |

Indiquer la date de fin de validité :

* **Une orientation professionnelle**:  Oui  Non

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |

Indiquer la date de la décision :

**Veuillez renseigner les coordonnées de votre MDPH ci-dessous** :

* **Nom** :
* **Adresse**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

* **Code postal** :
* **Ville** :

**Veuillez indiquer le numéro de votre dossier MDPH** :

**ASSURANCE MALADIE**

**Veuillez indiquer votre numéro complet d’immatriculation à l’Assurance Maladie (Sécurité sociale)** :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Veuillez renseigner les coordonnées de votre Caisse Primaire d’Assurance Maladie (CPAM)** :

* **Nom**:
* **Adresse**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

* **Code postal** :
* **Ville** :

**LIEU DE RÉSIDENCE**

**Vous résidez actuellement** :

Domicile personnel

Hébergé(e) au domicile familial :  Mère  Père

Les deux  Autre

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |

Structure médico-sociale, depuis le :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |

Structure sanitaire, depuis le :

Autre, précisez (ex : hôtel, famille d’accueil) :

**PERSONNE DE CONFIANCE À CONTACTER**

Liens (parents, tuteurs…) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Code postal :

Ville :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone :

Mail :

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

**Êtes-vous accompagné(e) par un service (Pôle Emploi, Cap Emploi, SAVS, CRP)** :  Oui  Non

Si oui, lequel :

**Comment avez-vous connu notre centre de formation ?** :

**Avez-vous déjà déposé votre candidature au CFRP de l’AVH dans le passé ?** :  Oui  Non

**Êtes-vous déjà venu(e) à une précédente journée de préadmission dans notre établissement ?** :  Oui  Non

Si oui, en quelle(s) année(s) ? :

Si oui, pour quelle(s) formation(s) ? :

**SITUATION SUR LE PLAN VISUEL**

**Êtes-vous**:  Malvoyant(e)  Non-voyant(e)

**Date d’apparition de votre gêne visuelle** :

**Cette gêne a-t-elle évoluée ?** :

**Avez-vous d’autres problèmes de santé ?** :

**Rencontrez-vous des difficultés pour les situations de la vie quotidienne ?** :

Oui  Non

**Si oui, précisez** :

**DÉPLACEMENTS ET AUTONOMIE**

**Êtes-vous à l’aise pour vous déplacer à l’intérieur, dans un endroit connu ?** :  Oui  Non

Remarque éventuelle :

**Vous découvrez les nouveaux lieux habituellement** :

Seul(e)  Accompagné(e)

**Vous vous déplacez habituellement** :

Seul(e)  Accompagné(e)

Remarque éventuelle :

**Avez-vous l’habitude de vous déplacer à l’extérieur ?** :

Non  Occasionnellement  Régulièrement

**Quels sont vos lieux habituels de déplacement ?** :

Quartier résidentiel  Ville  Campagne

Remarque éventuelle :

**Avez-vous des difficultés particulières selon les conditions lumineuses ?** :

Soleil

Ciel couvert (gris)

Pluie

Nuit

Autres, précisez :

**Quelles aides techniques utilisez-vous habituellement** :

Canne

Chien-guide

Verres teintés

Monoculaire ou jumelles

Torche Casquette ou visière

**Utilisez-vous les escaliers**:

Seul(e)  Avec une aide partielle  Avec une aide totale

**Utilisez-vous les transports en commun ?** :

Pas du tout  Occasionnellement  Régulièrement

Seul(e)  Accompagné(e)

Remarque éventuelle :

**Connaissez-vous les services d’aide aux usagers tels qu’Accès+ ?** :

Oui  Non

**Connaissez-vous les transports adaptés (PAM, TPMR, PMR…) ?** :

Oui  Non

**Avez-vous déjà rencontré un instructeur en locomotion ?** :

Oui  Non

Si oui, précisez le lieu et les dates :

**Si vous suivez un traitement médicamenteux, pouvez-vous le gérer seul(e) ?** :

Oui  Non

**Êtes-vous en mesure de faire vos courses seul(e) ?** :

Oui  Non

**Êtes-vous en mesure de préparer un repas seul(e) ?** :

Oui  Non

**Êtes-vous en mesure d’entretenir le linge et les vêtements seul(e) ?** :

Oui  Non

**Êtes-vous en mesure de faire votre ménage seul(e) ?** :

Oui  Non

**Êtes-vous en mesure de gérer votre budget seul(e) ?** :

Oui  Non

**Participez-vous à des activités (sportives, culturelles, sorties…) ?** :

Oui  Non

Si oui, précisez lesquelles :

**OUTILS DE LECTURE ET D’ÉCRITURE**

**Êtes-vous actuellement en mesure d’utiliser un ordinateur ?** :

Oui  Non

Si oui, possédez-vous un ordinateur portable ? :

Oui  Non

**Souhaiteriez-vous bénéficier de cours de braille lors de votre entrée en formation ?** :

Oui  Non

**Utilisez-vous des outils de lecture adaptés ?** :

Oui  Non

**Veuillez sélectionner ci-dessous les outils que vous utilisez habituellement pour lire un document** :

**Noir** - Indiquez le nom de la police (Arial, Verdana, Times New Roman…), sa taille (12, 18, 24…) et si le texte lu est en gras ou non :

**Télé-agrandisseur**

**Braille** – Cochez ci-dessous les outils braille utilisés :

Papier  Plage braille PC  Plage braille Mac

Bloc-notes PC  Bloc-notes Mac

**Synthèse vocale** – Cochez ci-dessous les outils audio utilisés :

JAWS  NVDA  ZoomText vocal

Voice Over (Mac)  Fichiers audio MP3

**Ordinateur** – Cochez ci-dessous les outils informatiques utilisés :

PC fixe  Mac fixe  PC portable  Mac portable

Écran externe, indiquez sa taille :

Inverse vidéo  Clavier externe avec lettres agrandies

ZoomText  Loupe  Dolphins  SuperNova

Veuillez indiquer la taille des caractères lu sur l’écran :

**Utilisez-vous des outils d’écriture adaptés ?** :

Oui  Non

**Veuillez sélectionner ci-dessous les outils que vous utilisez habituellement pour écrire** :

**Noir** – Cochez ci-dessous les outils en noir utilisés :

Papier format A4  Papier format A3

Feuilles de couleur  Feuilles avec lignes ou à carreaux

Feutres  Télé-agrandisseur

Ordinateur PC  Ordinateur Mac  Écran externe

Inverse vidéo  Clavier externe avec lettres agrandies

ZoomText  Loupe  Dophins  SuperNova

Veuillez préciser la taille des caractères pour écrire :

Si vous utilisez un écran externe, veuillez indiquer sa taille :

**Braille** – Cochez ci-dessous les outils braille utilisés :

Azerty  Perkins  Bloc-notes  Plage braille

JAWS  NVDA  Dolphins

Voice Over (Mac)

**PARCOURS SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL**

**Quelle est votre dernière classe fréquentée ?** :

Veuillez indiquer l’année et le lieu :

**Avez-vous obtenu un diplôme ?** :

Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer le nom du diplôme et son année d’obtention :

**Avez-vous déjà suivi une formation qualifiante ?** :

Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer les formations suivies avec leurs années :

**Avez-vous déjà fréquenté un établissement de formation spécialisé dans l’accueil et l’accompagnement de personnes déficientes visuelles ?** :

Oui  Non

Si oui, précisez le nom de la structure et son année de fréquentation :

**Avez-vous déjà effectué des stages ?** :

Oui  Non

Si oui, précisez le nom des entreprises et les années :

**SITUATION ACTUELLE**

**Concernant votre accompagnement, êtes-vous actuellement** :

Accueilli(e) en famille

Accompagné(e) par un service médico-social

Accompagné(e) par un établissement médico-social

Accompagné(e) par des professionnels libéraux

Hospitalisé(e) en établissement sanitaire

Sans accueil, ni accompagnement

Autre, précisez :

**Concernant votre formation ou emploi, êtes-vous actuellement** :

Scolarisé(e) en milieu ordinaire

Scolarisé(e) en établissement médico-social

En formation professionnelle

En recherche d’activité professionnelle

En activité professionnelle, depuis quelle date :

Sans activité professionnelle, depuis quelle date :

Retraité(e)

Autre, précisez :

Adresse du lieu d’accueil/d’accompagnement/de scolarisation/de formation/de travail actuel :

Nom du contact :

**PROJET DE FORMATION**

**Veuillez cochez dans la liste ci-dessous la ou les formation(s) que vous souhaiteriez suivre au sein de notre établissement** :

**Adaptation aux outils et à l’autonomie**, pour acquérir un ensemble de techniques de compensation (braille, bureautique, locomotion…) et consolider votre projet professionnel – Durée : 10,5 mois

**Employé Administratif et d’Accueil**, pour assurer un ensemble de tâches administratives, organisationnelles et d’accueil téléphonique et physique en entreprise – Durée : 10,5 mois

**Mécanicien Cycles**, pour maîtriser le montage et les interventions techniques d’entretien et de réparation de vélo en atelier – Durée : 10,5 mois

**Préparatoire Informatique**, pour vous préparer à l’une des deux formations qualifiantes en informatique – Durée : 10,5 mois

**Technicien d’Assistance en Informatique**, pour intervenir dans les diverses activités d’assistance informatique en entreprise – Durée : 21 mois

**BTS SIO spécialité SISR (Systèmes et Réseaux)**, pour vous spécialiser dans la gestion et l’administration de réseaux – Durée : 2 années

**Praticien Bien-Être**, pour exercer une activité professionnelle de massage et modelage : Amma assis, Shiatsu, massage californien et ayurvédique, réflexologie… – Durée : 10,5 mois

**Masseur-Kinésithérapeute**, pour exercer en établissement de soins, maisons de santé (hôpital, clinique, maison de retraite…) ou structures libérales – Durée : 5 années (4 de manière exceptionnelle)

**FORMATION BTS SIO SPECIALITÉ SISR (SYSTÈMES ET RÉSEAUX)**

La formation de BTS SIO en alternance est un système de formation qui permet d’alterner entre formation théorique à l’école et travail en entreprise. Grâce à ce système, l’apprenti met en pratique en entreprise les enseignements théoriques appris à l’école, et acquière une solide expérience professionnelle.

**Informations importantes** :

* Cette formation s’adresse aux jeunes de 16 à 29 ans révolus. Il s’adresse également aux publics reconnus comme travailleurs en situation de handicap sans limite d’âge.
* La formation est ouverte au titulaire d’un Baccalauréat ou d’un diplôme de niveau Baccalauréat (scientifique de préférence). Toute candidature est soumise à un dossier, un entretien de motivation et des tests d’évaluation.
* Les deux années de formations en alternance sont gratuites pour l’apprenti, vous n'avez donc pas de frais de scolarité à débourser.
* L'apprenti étant lié par un contrat de travail à son employeur, il perçoit une rémunération de sa part. Le contrat d’apprentissage est un contrat de travail. Ils vous permettent donc de bénéficier d’une rémunération en échange de travail fourni.

**Êtes-vous en situation de handicap ?** :

Oui  Non

Si oui, les informations concernant votre situation de handicap sont recueillies dans le cadre de la formation et permet d’aménager la formation et les épreuves. Les documents justifiant cette situation sont demandés à cette fin (notification MDPH, synthèse de professionnels de santé…).

En cochant cette case vous acceptez le recueil de vos données administratives et des justificatifs d’ordre médicaux.

La gestion et la conservation de ces données sont soumises au droit en vigueur.

**DEMANDE D’HÉBERGEMENT**

**Souhaitez-vous être hébergé(e) dans l’un de nos foyers pendant votre formation ? \*** :

Oui  Non

Si oui, avez-vous déjà été hébergé dans un internat ? :

Oui  Non

**\* L’attribution d’une chambre en foyer d’hébergement ne concerne pas la formation de BTS SIO.**

**Dans le cas où il ne serait pas possible de vous proposer une chambre en foyer d’hébergement, avez-vous une solution de logement à Paris ou en proche banlieue pour pouvoir suivre la formation ?** :

Oui  Non

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

**Si vous souhaitez apporter des informations complémentaires, n’hésitez pas à nous en faire part** :

Nous vous remercions pour l’ensemble de ces renseignements.

1. Dossier de candidature établi à partir du *Dossier unique de demande d’admission en établissement et service médico-sociaux pour personnes en situation de handicap* adressé par la région Île-de-France [↑](#footnote-ref-2)