AUTORISATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LIEU DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Je soussigné(e).....

*Représentant l'**Etablissement***.....

***autorise** M* .....

adresse : .....

(Date d'entrée en fonction dans l'établissement : …….....)

Statut *du (de la) candidat(e)(avec **dates de début et fin du ou des contrats)*** :

salarié de l'Etablissement (CDI-CDD) : …… **C.I.F**. autre (à préciser) : ……

(**joindre impérativement** les justificatifs de ces statuts et/ou copie des contrats)

titulaire du : D.E.A.M.P. *(1)* ***du D.E.A.E.S*** *(1)* ***de la mention complémentaire aide à domicile****(1)*

à suivre la spécialité : → Accompagnement de la vie à domicile ☐ *(2)*

→ Accompagnement de la vie en structure collective ☐ *(2)*

→ Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire ☐ *(2)*

d'ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL en situation d'emploi (suivant Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016)

du 30/01/2017 au 31/03/2017 ☐ *(2)* ***du 11/09/2017 au 31/12/2017*** ☐ *(2)*

Descriptif du poste *d'Accompagnant éducatif et social* occupé : (A remplir **impérativement**)
(joindre si besoin une attestation dûment signée par l'employeur)

Prise en charge financière du coût de la formation par :

l'établissement employeur (1) l'organisme suivant (1) : …….

*(Pour l'année 2017 : Droits d'inscription et frais pédagogiques : **1 617 €**)*

(joindre le justificatif (ou l'adresser) de l'accord du financement dès réception – si autofinancement du stagiaire : joindre attestation personnelle)

A , le

Cachet de l'Etablissement Signature

(1) Rayez la mention inutile (2) cochez l'option retenue

POLARIS Formation - Site d'Isle
2, rue du Buisson - BP 10
87170 Isle
Tél. : 05 55 01 40 52 - Fax : 05 55 50 85 14
accueil.isle@polaris-formation.fr – www.polaris-formation.fr
Pôle Limousin Action Recherche en Intervention Sociale