

DOSSIER DE CANDIDATURE à la formation “Intervenir auprès des personnes avec troubles du spectre de l’autisme (TSA)”

Inscription 2025

1. Informations personnelles

NOM (en lettres capitales) : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Numéro de sécurité sociale :

Reconnaissance MDPH / RQTH

Vous avez besoin d'un aménagement spécifique en raison d'un handicap ou d'une maladie longue durée.

2. Informations employeur / stage

Nom de l'établissement :

Nom de la personne en charge du dossier : Fonction :

Adresse de l'établissement :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :



Votre expérience d'accompagnement

Décrivez vos actions mises en œuvre au quotidien et votre rôle (professionnel, bénévole ou aidant) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Informations employeur / stage

Nom et qualité de la structure	Dates	Fonctions exercées/ Postes occupés (rémunérés ou bénévoles)



4. Stage pratique (si nécessaire)

Sans expérience dans l'accompagnement ou l'accueil de personnes avec autisme, un stage pratique d'une durée minimale d'un mois (140 heures - consécutifs ou non) est obligatoire avant de pouvoir passer l'épreuve orale.

5. Formations antérieures sur l'autisme

Intitulé de la formation	Dates	Volume horaire	Organisme	Contenus abordés



6. Attentes et motivations

Quelles sont vos principales motivations pour suivre cette formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles problématiques souhaitez-vous aborder durant la formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles compétences souhaitez-vous développer ?

.....

.....

.....

.....

.....

Je certifie que les informations fournies dans ce dossier sont exactes

Fait à : Le :

Signature





ATTESTATION DE FINANCEMENT

Pour les candidats en situation d'emploi

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Je soussigné(e) : Directeur, Directrice de l'établissement ci-dessus désigné atteste :

1. Autoriser :

Madame, Monsieur,

NOM (en lettres capitales) : Prénom :

Poste occupé durant la formation :

2. à suivre la formation "Intervenir auprès des personnes avec troubles du spectre de l'autisme" qui se déroulera à Olivet

3. et financer la formation par :

Un financement OPCO (sous réserve de l'accord), préciser lequel :

Le budget de l'établissement

Autre (préciser) :

Note : Un devis détaillé sera fourni sur simple demande auprès de l'ERTS.

Fait à : Le :

Cachet de l'établissement

Signature Direction



ATTESTATION DE FINANCEMENT

Pour les candidats non salariés

Je soussigné(e) :

Madame, Monsieur,

NOM (en lettres capitales) : Prénom :

suivre la formation "Intervenir auprès des personnes avec troubles du spectre de l'autisme" qui se déroulera à Olivet

et financer la formation par :

- Mon Compte Personnel de Formation (CPF)
- France Travail
- Financement personnel (sous réserve d'acceptation par la Direction de l'ERTS)
- Autre (préciser) :

Fait à : Le :

Signature





COMPOSITION DU DOSSIER DE CANDIDATURE

Les inscriptions seront prises en compte dans la limite des places disponibles et traitées par ordre de réception des candidatures complètes.

Documents à fournir :

- Une fiche d'inscription complétée et signée.
- Une pièce d'identité en cours de validité.
- Une photo d'identité récente.
- Un curriculum vitae (CV) détaillé.
- Une attestation de financement.
- Une attestation employeur justifiant de l'expérience professionnelle demandée.
- La copie des diplômes, titres professionnels, certifications ou justificatifs de formations antérieures.

Retourner le dossier complet avant le 5 septembre 2025 à

Ecole Régionale du Travail Social "Inscription Autisme"
2032 rue du Général de Gaulle
CS 60002
45160 OLIVET
autisme@erts-olivet.org

