

FORMATION “Assistante de Soins en Gériologie”
FICHE DE CANDIDATURE
RENTRÉE “Septembre 2026 - Olivet”

Votre identité :

Nom d'usage (en lettres capitales) :

Prénom(s) :

Nom de jeune fille (en lettres capitales) :

Né-e le : LL / LL / LLLL à :

Département : Nationalité :

Adresse :

Code Postal : LLLLLL Ville :

N° tél portable : LLLLLLLLLLLL N° tél fixe: LLLLLLLLLLLL

E-mail personnel (obligatoire) :

Numéro de Sécurité Sociale (en entier) : LLLLLLLLLLLLLLLL / LL

Votre situation actuelle :

☐ Salarié·e⁽¹⁾

(1) Veuillez remplir le cadre ci-dessous

Poste occupé :	
Type de contrat :	
Date de début : LL / LLLL	Date de fin : LL / LLLL
Nom de l'organisme employeur :	
N° de Siret : LLLLLLLLLL LLLLLL	Nom du directeur·trice :
Adresse du lieu de travail :	
Code Postal : LLLLLL	Ville :
N° tél : LLLLLLLLLLLL	E-mail :

☐ Reconnaissance MDPH / RQTH

Vous avez besoin d'un aménagement spécifique en raison d'un handicap ou d'une maladie longue durée ? ☐ Oui ☐ Non

Votre niveau de formation à l'entrée :

(Joindre la copie des diplômes)

☐ Jamais suivi d'enseignement

☐ Dernière classe ou formation fréquentée :

☐ Diplôme(s) obtenu(s) :

Année de sortie du cursus scolaire :

Votre expérience professionnelle : joindre un CV

(Si vous ne joignez pas votre CV, compléter les informations ci-dessous)

Périodes	Établissements / Entreprises	Fonctions exercées

Avez-vous déjà passé des épreuves d'admission à l'ERTS ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Pour quelle(s) formation(s) :

Précisez l'année(s) : L L L L L L L L L L L L L L L L

Fait à :

Le :

Signature du candidat :

Retourner le dossier complet **avant le « 02 septembre 2026 »** à :

E.R.T.S. – « Formation Assistant de Soins en Gériatrie »

2032 rue du Général de Gaulle – CS 60002

45166 OLIVET Cedex

Ou par mail : asg@erts-olivet.org

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Cochez la situation qui vous correspond. Si vous envisagez un co-financement, cochez les cases correspondantes.

- ☐ L'employeur ou l'OPCO de l'employeur :
- ☐ Salarié-e en CDI ou en CDD dans le secteur sanitaire et social ou médico-social

Joindre l'attestation employeur (page suivante) dûment remplie

- ☐ Organisme de financement pour les salariés en Reconversion professionnelle (Transition Pro, ANFH, ...) :

- ☐ CPF (Compte personnel de formation)

- ☐ Autres :

 Les justificatifs de financement seront nécessaires pour finaliser votre inscription en formation.

Si vous avez besoin de d'informations complémentaires, contactez l'ERTS :

contact.formations@erts-olivet.org ou 02 38 69 17 45

ATTESTATION EMPLOYEUR

FORMATION "Assistant de Soins en Gériologie", "2026-2027"

Employeur :

N° de Siret :

Adresse du lieu de travail :

Code Postal : Ville :

Nom de la personne en charge du dossier de financement :

N° tél : E-mail :

Je soussigné-e, (nom Directeur·trice)

- autorise à suivre la formation "**Assistant de Soins en Gériologie**" à l'ERTS **sous réserve de validation du dossier de candidature** :

Nom : Prénom :

Poste occupé pendant la formation:

- et atteste de la prise en charge de la formation par le(s) dispositif(s) suivant(s) :

- ☐ Un financement OPCO, précisez lequel :
- ☐ Plan de développement des compétences de l'établissement
- ☐ Autre :

Coût total de la formation : « 1813.00 € »

Fait à : Le :

Cachet de l'établissement et signature :

COMPOSITION DU DOSSIER DE CANDIDATURE

FORMATION “Assistant de Soins en Gériatologie”, “2026-2027”

Documents à fournir :

- La fiche de candidature dûment remplie
- Une attestation de financement pour les salariés ou congés de transition
- Une copie de la carte d'identité recto-verso ou passeport ou carte de séjour en cours de validité
- Un curriculum vitae présentant de façon détaillée les formations antérieures, les expériences professionnelles
- les copies des diplômes ou titres professionnels requis (DEAS, DEAMP, DEAVS, DEAES...)
- Une attestation employeur justifiant de l'expérience professionnelle demandée (cf. article 3 du règlement d'admission)