



**FORMULAIRE D’INSCRIPTION**

***Certificat National d’Intervention en Autisme (CNIA)***

**Etablissement :**

**IRTS NORMANDIE-CAEN**

**DÉPARTEMENT RECHERCHE,**

**DÉVELOPPEMENT DES FORMATIONS SUPÉRIEURES PARTENARIATS UNIVERSITAIRES**

**DOSSIER SUIVI PAR :**

**Charline SEHIER**, Assistante

02.31.53.19.97 / [csehier@irtsnormandiecaen.fr](mailto:csehier@irtsnormandiecaen.fr)

# SOUHAIT DE FORMATION

# Cochez la case correspondante

# *Avant de compléter votre formulaire d’inscription, merci de bien vouloir contacter Charline SÉHIER (*[*csehier@irtsnormandiecaen.fr*](mailto:csehier@irtsnormandiecaen.fr) *– 02.31.53.19.97)*

# *afin de procéder à la vérification des prérequis pour le 1er ou 2nd degré.*

# CNIA 1er degré CNIA 2nd degré

# IDENTIFICATION DU CANDIDAT

**Photographie**

**NOM** : ............................................................................. **Prénom** : .........................................................................

**Adresse** : .........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

**Code postal** :.................................................................... **Ville** : ................................................................................

**Téléphone** : . . . .

**Portable** : . . . .

**Email** : .............................................................................. **@** ...................................................................................

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

**N° de sécurité sociale** :...................................................................................................................................................

# VOTRE ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

**NOM** : ............................................................................................................................................................................

**Adresse** : .........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

**Code postal** :.................................................................... **Ville** : ................................................................................

**Téléphone** : . . . .

**Email** : .............................................................................. **@** ...................................................................................

**VOTRE SITUATION AU SEIN DE L’ETABLISSEMENT EMPLOYEUR**

**Votre statut :**

* Cadre
* Non cadre

**Votre fonction :........................................................................................................................................................................**

**Votre téléphone professionnel :**…………………………………………………

**Votre email professionnel** : .................................................................................................. **@** .................................................

# VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE A CE FORMULAIRE :

* Un curriculum vitae présentant de façon détaillée la trajectoire personnelle et professionnelle
* Le devis dûment complété et signé (demande et renseignements : [csehier@irtsnormandiecaen.fr](mailto:csehier@irtsnormandiecaen.fr))
* L’autorisation de l’employeur à suivre la formation
* Une attestation de prise en charge pour le coût global de la formation ou les modalités de financement envisagées (précisez) – (Formation non éligible au CPF).
* 1 photo d’identité (voir encadré ci-dessus)
* Une photocopie recto/verso de la carte d’identité
* Une photocopie de l’attestation papier de la carte vitale (attestation de droit à l’assurance maladie)
* 1 chèque de caution de 100 € (non encaissé) pour l’accès au Centre de Ressources Documentaires de l’IRTS
* Les photocopies des diplômes
* Les photocopies des attestations et/ou certifications de formation
* La fiche de positionnement à télécharger sur le site

## La recevabilité de votre dossier dépend des éléments que vous allez nous communiquer.

**Tout dossier incomplet ne sera pas validé.**

Formulaire à renvoyer **16 décembre 2022** (avec les documents demandés) à :

# IRTS Normandie-Caen

Pôle Formations professionnelles initiales et supérieures Secrétariat – Charline SEHIER

2 Rue du Campus BP 10116

14204 HEROUVILLE SAINT-CLAIR CEDEX

Je soussigné(e) .................................................................................................................................................................................

certifie l’exactitude des renseignements portés sur cette fiche.

Le *Signature* :