

Dossier de candidature Formation DEAES

Le DEAES est une certification du ministère chargé des solidarités et de la santé. Elle est inscrite au RNCP de France Compétences sous le numéro RNCP42423 depuis le 01/09/2026.

1. Votre état civil

Civilité : ☐ Mme ☐ M

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Portable :

Email :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Situation familiale (facultatif) :

- ☐ Célibataire
☐ Vie maritale
☐ Parent isolé

Avez-vous le permis de conduire ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel

Etes-vous véhiculé.e ? ☐ Oui ☐ Non

2. Vos diplômes et/ou certifications professionnelles :

Derniers diplômes et/ou certifications professionnelles obtenus	Année

3. Fonctions exercées :

Fonctions exercées	Année

4. Vos attendus et vos objectifs :

Renseignements complémentaires à fournir en vue de l'entretien de positionnement.

Avez-vous fait le choix de suivre ce parcours de formation : ☐ Oui ☐ Non

Si non, qui est à l'initiative de cette demande

Quelles sont vos attentes et vos priorités concernant cette formation au regard de votre projet professionnel ?

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous une expérience professionnelle ou de bénévole dans le secteur social, médico-social ou sanitaire ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez

.....

.....

.....

.....

.....

5. Votre situation actuelle au regard de l'emploi :

☐ Demandeur.euse d'emploi

Inscrit.e à Pôle Emploi : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Numéro identifiant :
Date et lieu d'inscription :
Nom et mail du référent Pôle Emploi :
.....

Type d'allocations :

- ☐ Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE)
- ☐ Allocation perte emploi
- ☐ Minima Sociaux (ASS, AP ...) PAS, CAF
- ☐ Allocation adultes handicapés
- ☐ Autres, précisez :

Inscrit.e en mission locale : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Date et lieu d'inscription :
Nom et mail du référent mission locale :
.....

Salarié.e

- ☐ CDI, depuis le :
- ☐ CDD, du au
- ☐ Intérim, du au

Métier et fonction exercés :
Depuis quelle date :
Coordonnées de l'employeur :
.....
Nom du/de directeur.trice :
Adresse
Code Postal : Ville :
Téléphone

Nom de la personne chargée du suivi administratif du stagiaire :
Téléphone :
Adresse e-mail :

Etudiant.e (précisez le niveau d'étude) :

Autre, précisez :

APF Formation accueille et accompagne les personnes en situation de handicap sur l'ensemble de ses parcours de formation. Un référent handicap est à votre écoute pour vous accompagner durant la formation.

A ce titre, êtes-vous reconnu.e travailleur.euse handicapé.e par la CDAPH ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Demande en cours

Si oui, souhaiteriez-vous être contacté par notre référent handicap ?

- ☐ Oui ☐ Non

6. Modalités de financement de votre projet de formation

Quels modalités ou dispositifs de financement pensez-vous mobilier pour financer votre projet de formation ?

- ☐ Financement Pôle Emploi
- ☐ Financement par le compte personnel de formation (CPF)
- ☐ Financement dans le cadre d'un contrat de professionnalisation
- ☐ Financement dans le cadre d'une Pro-A
- ☐ Financement personnel
- ☐ Financement conventionné par les pouvoirs publics (exemple : Conseil régional, Agefiph...)
- ☐ Financement CPF de transition professionnelle (ancien dispositif CIF)
- ☐ Autres financements (précisez) :

7. Comment avez-vous connu APF Formation ?

- ☐ Presse, précisez :
- ☐ Site internet de l'APF Formation
- ☐ Réseau de connaissance
- ☐ Réseau d'orientation
- ☐ Anciens stagiaires
- ☐ Salon (précisez) :
- ☐ Autres, précisez :

Dossier à retourner dûment complété par courrier postal ou par e-mail :

- apf.formation@apf.asso.fr
- 9/11 rue Clisson, 75013 Paris

Pièces à joindre impérativement à ce dossier :

- CV
- Lettre de motivation
- Copies des derniers diplômes obtenus
- Copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du titre de séjour

Selon le profil du candidat, d'autres pièces justificatives pourraient être demandées.

RGPD :

Les informations à caractère personnel recueillies par APF Formation font l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalités l'instruction de votre demande d'inscription à l'une de nos sessions de formation. Cette finalité est définie conformément aux dispositions de l'article L 6353-9 du Code du travail.

Vos informations sont destinées aux seuls collaborateurs d'APF Formation habilités à instruire votre dossier.

Les données personnelles sont conservées pendant la durée strictement nécessaires la gestion de la formation. Elles font ensuite l'objet d'un archivage jusqu'à l'expiration de la durée de prescription légale.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données et à leur portabilité.

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif.

Vous pouvez contacter le cas échéant, notre délégué à la protection des données : dpo@apf.asso.fr
ou auprès d'APF Formation : apf.formation@apf.asso.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Fait à le