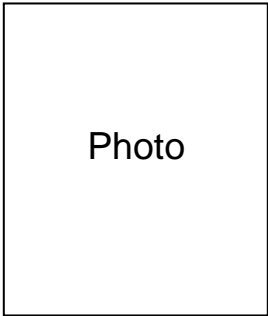




**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**  
**TUTEUR DE PROXIMITE**  
**TUTEUR REFERENT**  
**2018/2019**



**A. La formation**

**Lieu de la formation et adresse de retour du dossier**

---

ARIFTS Site Nantais  
Service FQ (Formations Qualifiantes) - 10 rue Marion Cahour - 44400 REZE

**Informations administratives**

---

Centre de formation enregistré sous le n° 52 49 02 547 49 auprès du préfet de région des pays de la Loire - Association de loi 1901 – Siret : 509 618 500 00086 – APE 8542 Z

**Contacts**

---

- + Responsable du service FQ et Responsable pédagogique : **Jacqueline AUDOIN**  
Tel : 02 40 75 92 72 - Email : [j.audoin@arifts.fr](mailto:j.audoin@arifts.fr)
- + Assistante formation : **Corinne LECONTE**  
Tél : 02 40 75 94 00. - Email : [c.leconte@arifts.fr](mailto:c.leconte@arifts.fr)

**Choix de la formation**

---

- Tuteur référent (Totalité 120h – 1410€ ou inscription modulaire, à réaliser dans l'ordre)  
**OU**
- Module 1 – Tuteur de proximité « les bases » (40 heures sur 6 jours – 470€)
- Module 2 – Tuteur de proximité « approfondissement » (40 heures sur 6 jours – 470€)
- Module 3 – Tuteur référent (40 heures sur 6 jours – 470€)
  
- Maître d'apprentissage (80 heures – 40h à l'ARIFTS – « Tuteur de proximité : les bases »  
+ 40 h au CFA Adamsse)

**B. Le (la) stagiaire**

**Situation personnelle**

---

- Madame                       Monsieur

**Nom** : ..... Prénom : .....

Nom de naissance (si différent) : .....

Adresse personnelle : .....

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

Tél fixe : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Date de naissance : ...../...../..... N° de sécurité sociale : .....  
 Lieu de naissance : .....Département : .....  
 Personne à contacter en cas d'urgence..... Tél : .....

**Situation professionnelle actuelle**

Poste occupé : ..... Depuis : .....  
 Nom de l'étudiant (*obligation de suivi de stagiaire/apprenti pendant le temps de formation*)  
 Nom de l'étudiant : ..... Formation : .....

Coordonnées de l'employeur

Adresse lieu de travail	Adresse de l'employeur figurant sur les conventions (Si différente)
Structure : .....	Structure : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Code Postal : .....	Code Postal : .....
Ville.....	Ville.....
Contact (nom et service) .....	Contact (nom et service) .....
.....	.....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Fax : .....	Fax : .....
E-mail : .....	E-mail : .....
Adresse de facturation                      Oui / Non	Adresse de facturation                      Oui / Non

**Date + signature / cachet employeur :**

## Expérience professionnelle

---

Années	Poste occupé et/ou type d'expérience	Durée

## Formations

---

Années	Formation	Diplômes obtenus/Attestation	Niveau

## Financement de la formation

---

Financement de la formation*
<input type="checkbox"/> Employeur
<input type="checkbox"/> OPCA
<input type="checkbox"/> UNIFAF
<input type="checkbox"/> UNIFORMATION
<input type="checkbox"/> Autres (Préciser).....
<input type="checkbox"/> CIF
<input type="checkbox"/> AGEFIPH
<input type="checkbox"/> Autres
(Préciser).....
.....
<b>Règlement sur factures en décembre et en fin de formation</b>

\*Cocher la case correspondante

## **Pièces à joindre au dossier**

---

Votre bulletin d'inscription sera recevable s'il est complété et accompagné des pièces suivantes :

- Photocopie d'une pièce d'identité
- Un curriculum vitae
- 1 photo d'identité
- Photocopies des diplômes

Je déclare sur l'honneur que tous les renseignements mentionnés sont exacts et je reconnais que toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de mon admission.

Fait à :

Le :

Signature du (de la) candidat(e) à la formation