

**Dossier Candidature 1<sup>ère</sup> année d'Ergothérapie**

**FORMATION CONTINUE**

Le dossier doit être complété en lettres capitales et à nous retourner avec toutes les pièces demandées, par voie postale **au plus tard le 2 avril** (le cachet de la poste faisant foi) avec **un chèque de 50€** pour les frais de dossier.

**OCELLIA Grenoble Echirolles**  
**3 avenue Victor Hugo - BP 165**  
**38432 ECHIROLLES Cedex**  
**Mail : ergotherapeute@ifts-asso.com**

Sexe :  Féminin  Masculin

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ville de naissance : ..... Département ou Pays : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

.....

.....

Adresse mail : .....

Téléphone fixe : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / - Téléphone Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

Série du Baccalauréat : .....

Année d'obtention du Baccalauréat : .....

ANNEE D'OBTENTION DU DIPLOME (en commençant par la plus ancienne)	DIPLOMES OBTENUS

Liste des pièces à fournir à votre dossier de candidature

- Copie recto/verso de votre carte d'identité
- Un Curriculum Vitae (CV)
- Une lettre de motivation (4 pages maximum)
- Copie de vos diplômes
- Copie des programmes d'études suivies avec le nombre d'heures par cours et année de formation

Fait à :

Le :

Signature :

**IMPORTANT : Le dossier ne sera pris en considération que s'il est COMPLETEMENT REMPLI et accompagné de TOUTES LES PIECES DEMANDEES.**

**L'admission sera conditionnée par l'acceptation de votre prise en charge de votre formation par un OPCO ou autre tout autre Organisme.**

*Les informations de ce dossier sont obligatoires sinon votre candidature ne pourra être acceptée. Conformément à la loi 78-17 « Informatique et Libertés » du 06/01/78, les destinataires des informations collectées sont les membres des jurys de sélection, la direction et les formateurs d'OCELLIA. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du secrétariat général d'OCELLIA.*

**ATTESTATION D'EMPLOI**  
**Ergothérapeute**

Je soussigné(e), M. /MME ....., Directeur(rice)

De .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Atteste que Mme, Mlle, Mr.....

Est employé(e) dans notre établissement depuis le : .....

En qualité de : .....

**Sur un contrat \*** :

- Temps plein                       3/4 temps                       1/2 temps
- CDI depuis le.....
- CDD du..... au .....
- Autre (à préciser) : .....

**Organismes finançant la formation \*** :

- UNIFAF
- UNIFORMATION
- Autre, à préciser : .....

\* Cocher les cases correspondantes

Fait le ..... à .....

Signature :