

PARTIE RESERVEE A L'IFTS NE RIEN INSCRIRE

DIPLOME

Décision du Jury

Formation complète

Allègement DF

Dispense DF

STAGE oui ___ H

Convention stage

envoyée le

Retour le

STAGE non

Convention de formation

envoyée le

retour le

I.F.T.S. – Institut de Formation en Travail Social
3, avenue Victor Hugo – BP 165 – 38432 ECHIROLLES Cedex
Téléphone 04 76 09 02 08 - Télécopie 04 76 09 99 77
iftsinfo@ifts-asso.com - www.ifts-asso.com

MANDATAIRE JUDICIAIRE

NOM (Mme, Mlle, M.) : _____

Nom de Jeune Fille : _____

Prénom : _____

Né(e) le : à _____

Nationalité : _____

PHOTO

Adresse personnelle : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone1 : Téléphone2 :

E-mail : _____

Pour les salariés :

Poste occupé : _____

Nom employeur : _____

Adresse employeur : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone1 : Téléphone2 :

E-mail : _____

Prise en charge financière : Employeur

Individuelle

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

- La copie recto/verso de la **carte d'identité**
- Le descriptif du **poste** et de la **fonction** occupée : cf fiche jointe au dossier
- La copie des **diplômes (Copie du diplôme de niveau 3)** et **certificats** de travail
- Les fiches de poste des précédents emplois occupés ou du moins un descriptif
-
- Un **curriculum vitae obligatoire** permettant de situer les formations et expériences professionnelles
-
- Une **lettre de motivation**
-
- Une **photo** d'identité (nom et prénom au dos)
-
- Un **document de l'employeur** concernant le mode de financement : cf document joint
-
- Un **extrait de casier judiciaire** n°3 datant de moins de trois mois
-
- Un **chèque** de 50 € pour les frais d'inscription.

Attention : Le dossier sera regardé en commission qui décidera des éventuels allègements ou dispenses.

DISPENSES ET ALLEGEMENTS DE FORMATION DEMANDES (EVENTUELLEMENT)

Dispenses et Allègements demandés (cochez la ou les cases concernées)

Dispense Allègement

Domaine 1 Juridique	84 heures	Module 1.1 : Droit et Procédures (48 heures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Module 1.2 : Champ médicosocial (36 heures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domaine 2 Gestion	78 heures	Module 2.1 : Gestion administratives et Budgétaires (48 heures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Module 2.2 : Gestion fiscale et Patrimoine (30 heures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domaine 3 Protection de la personne	72 heures	Module 3.1 : Connaissance des publics et des pathologies liées à la dépendance (24 heures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Module 3.2 : Relation, Intervention & Aide à la Personne (48 heures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domaine 4(1) Le Mandataire judiciaire	66 heures	Module 4.1 : Les contours de l'intervention et ses limites (18 heures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Module 4.2 : Les relations avec le juge et avec l'autorité judiciaire (12 heures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Module 4.3 : Déontologie et analyse des pratiques (36 heures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Pas de dispense ni d'allègement du Domaine 4, excepté pour les titulaires du TMP obtenu dans le cadre de l'arrêté de 1988

Dispense de stage oui non

Si vous pouvez justifier d'une expérience de 6 mois au moins dans le cadre d'une activité tutélaire, vous pouvez être dispensé d'effectuer le stage pratique de 10 semaines consécutives.

DATE ET SIGNATURE

NB : les dispenses sont liées à un diplôme / les allègements sont liés à une expérience professionnelle significative.

ATTESTATION D'EMPLOI
Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs

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
- NFH
- Habitat Formation
- Autre, à préciser :

* Cocher les cases correspondantes

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE
AVEC ALLEGEMENT**
Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs
(à remplir et nous retourner)

Je soussigné (e), M. ou Mme le (la) Directeur(rice) :

De

Donne mon accord pour l'entrée en formation de MJPM en Septembre 2020 et m'engage à prendre en charge :

- les frais de formation (pour un coût à définir en fonction des dispenses et des allègements (13.50 €/ heure).
- 50 € frais d'inscription

- 1) Un versement en Décembre 2020 au prorata du nombre d'heures de formation effectué au 31/12/2020.**
- 2) Le versement du solde à la fin de la formation au 15/06/2021.**

de Mme, Melle, M.
salarié(e) de mon établissement.

Date

Signature du Directeur(trice)

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE
SANS ALLEGEMENT**
Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs
(à remplir et nous retourner)

Je soussigné(e), M. ou Mme le (la) Directeur(rice) :

De

Donne mon accord pour l'entrée en formation de MJPM en Septembre 2020 et m'engage à prendre en charge les frais de formation de :

de Mme, Melle, M.
salarié(e) de mon établissement.

Pour un coût de :

- 4 050 € pour une formation sans allègement
- 50 € frais d'inscription

Payables en deux versements répartis comme suit :

- 1) Un versement en Décembre 2020 au prorata du nombre d'heures de formation effectué au 31/12/2020.**
- 2) Le versement du solde à la fin de la formation au 15/06/2021.**

Date

Signature du Directeur(rice)

POSTE OCCUPE A L'ENTREE EN FORMATION

(à remplir pour acceptation du dossier)

1) Description du poste occupé :

2) Niveau de responsabilité :

3) Fonctions exercées :

Convention Collective appliquée dans l'établissement :

Date

Signature du Directeur(rice)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – MJPM

NOM : Prénom :

CHRONOLOGIE DES ÉTUDES ET ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES :

Année : (en commençant par la plus ancienne)	Établissement fréquenté classe - études	Diplôme obtenu
19 _____ à 19 _____		
19 _____ à 19 _____		
19 _____ à 19 _____		
20 _____ à 20 _____		
20 _____ à 20 _____		
20 _____ à 20 _____		
Année : (en commençant par la plus ancienne)	Établissement Employeur	Qualification de l'emploi
19 _____ à 19 _____		
19 _____ à 19 _____		
19 _____ à 19 _____		
19 _____ à 19 _____		
20 _____ à 20 _____		
20 _____ à 20 _____		
20 _____ à 20 _____		
20 _____ à 20 _____		

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus fournis.

A _____ le _____

Signature du candidat :