

MC _AD Mention Complémentaire Aide A Domicile Dossier de candidature

Dossier à envoyer ou à déposer au secrétariat pédagogique du Lycée Gutenberg 16 Rue de Saussure 94000 Créteil
avant le vendredi 21 juin 2019.

CANDIDAT

Nom : _____ Prénom(s) : _____ Nationalité : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : N° _____ Rue : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone fixe :

Portable du candidat: E – Mail :@.....

Portable des Parents : E – Mail :@.....

N° Sécurité Sociale :

Régime choisi : Externe Demi-pensionnaire

CURSUS SCOLAIRE

ANNEES SCOLAIRES	FORMATIONS SUIVIES	LIEUX
2018/2019		
2017/2018		
2016/2017		

C.A.P « Petite Enfance » CAP AEPE « Accompagnant Educatif Petite Enfance »

Obtenu Date d'obtention : _____ Préparé

B.E.P. « A. S.S.P »

Obtenu Date d'obtention : _____ Préparé

C.A.P : « ATMFC »

Obtenu Date d'obtention : _____ Préparé

Autres (précisez)* :

Obtenu Date d'obtention : _____ Préparé

* voir liste au verso

Liste des autres diplômes et titres :

- Certificat Aide médico- psychologique
- Diplôme professionnel d'Aide-soignant
- Diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture
- BEPA option services aux personnes
- BEP Carrières sanitaires et sociales ou BEP ASSP
- CAPA services en milieu rural
- CAPA employé d'entreprise agricole et para agricole spécialité employé familial
- Titre Assistant de vie
- Titre d'employé familial polyvalent
- Bac ASSP (accompagnement, soins et services à la personne)

STAGES/ PFE/PFMP EFFECTUES		
ANNEE	DUREE	STRUCTURE (NOM- VILLE)

Exprimez en quelques lignes vos motivations pour intégrer la formation MCAD :

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE ETABLI PAR UN MEDECIN GENERALISTE

A produire pour le dossier de candidature à l'entrée à la mention complémentaire Aide à Domicile.

Je, soussigné (e), Docteur.....médecin
généraliste certifie que :

Mme, Melle, M.....

Né(e) le à

Ne présente aucune contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession
d'Aide à domicile (Auxiliaire de vie sociale)

Pour faire valoir ce que de droit,

A....., le.....

Signature et cachet du médecin

