

## Dossier de l'apprenant(e)

# Formation Secrétaire Médical(e) et Médico-Social(e) par contrat d'apprentissage ou de professionnalisation

Rentrée le 6 janvier 2022

**Dossier à retourner avant le 17 décembre 2021 :**

IRFSS Bretagne  
Formation Secrétaire Médicale et Médico-Sociale  
10 rue André et Yvonne Meynier – 35000 RENNES  
ou par mail : [charlene.caradec@croix-rouge.fr](mailto:charlene.caradec@croix-rouge.fr)

Coller une photo  
d'identité

**À COMPLETER EN LETTRES MAJUSCULES.**

**Identité :**

Nom de naissance : .....  
Nom d'usage : .....  
Prénoms : .....  
Date de Naissance : / /      SEXE : Masculin     Féminin   
Ville et département de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : / / / / /    Ville : .....  
N° de téléphone : .....  
Et / ou Portable : .....  
Adresse E-mail :  
.....

**Votre statut actuel :**     Demandeur Emploi     Salarié(e)     Etudiant(e)     Autres : .....

Expérience professionnelle : Intitulé du dernier poste occupé et durée : .....

**Titre ou diplôme homologué au minimum au niveau IV**

Baccalauréat : Série : ..... Année : .....  
 Diplôme supérieur au Baccalauréat (BTS, Licence, Master, Doctorat, etc.)    Année : .....  
Précisez le titre : .....  
 Autre titre ou diplôme homologué au minimum au niveau IV..... Année : .....  
Précisez : .....

**Titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau V**

- B.E.P. C.S.S. Année : .....  
 B.E.P.A. Option Service aux Personnes Année : .....  
 C.A.P. Petite Enfance Année : .....  
 Autre titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau V Année : .....  
 Précisez : .....

**Titre ou diplôme étranger permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu**

Précisez titre : ..... Année : .....

**Autre diplôme :** Précisez : ..... Année : .....

**Aucun diplôme**

**Comment avez-vous connu cette formation ?**

- Site internet     Salon     Presse – journaux     Portes ouvertes     Bouche à oreille     Lycée  
 Autre : .....

**Demande de condition d'aménagement d'épreuve ?**  OUI (joindre le document de la MDPH)  NON

Les informations mentionnées dans ce document font l'objet d'un traitement informatisé. Elles sont indispensables à la prise en compte de votre candidature. Elles pourront être transmises à toutes personnes ou organismes participant au déroulement des épreuves de sélection. Conformément à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès et de rectification au dossier informatique le concernant. Ces droits peuvent être exercés à tout moment auprès de l'IRFSS Bretagne. Par ailleurs, vos nom et prénom pourront être diffusés sur l'Internet. Vous pouvez vous y opposer à tout moment.

J'accepte sans réserve le règlement qui régit les épreuves.

Fait à : .....  
Le .....

Je, soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document

Mention manuscrite : "lu et approuvé" et signature :

## Pièces à joindre au dossier :

Pour valider votre inscription vous devez envoyer **obligatoirement** les pièces listées ci-dessous, par courrier postal à l'adresse suivante :

**IRFSS Bretagne**  
**Formation SMMS Apprentissage**  
**10 rue André et Yvonne Meynier – 35000 RENNES**  
**ou par mail : [charlene.caradec@croix-rouge.fr](mailto:charlene.caradec@croix-rouge.fr)**

- Un engagement employeur** (Cf annexe 1)
- Fiche d'inscription complétée**
- Photocopie carte d'identité ou passeport**
- Photocopie du dernier diplôme obtenu**
- Attestation médecin traitant pour vaccinations à jour** (ou copie du carnet de santé)
- Certification de vaccination COVID**
- Attestation d'affiliation à la sécurité sociale** (avec n° sécurité sociale individuel)
- Attestation de Responsabilité Civile et Professionnelle**
- Curriculum vitae à jour**

Annexe 1 :

**FICHE EMPLOYEUR**

**+ Nom de l'entreprise :** .....

Adresse : .....

Code Postale : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

N° SIRET : ..... code APE/NAF : ..... Nbre de salariés : .....

Convention Collective..... OPCA..... Syndicat employeur .....

Nom de l'association gestionnaire : .....

Nom du directeur : .....

Coordonnée du service responsable du suivi administratif :

.....

Adresse email : .....

**+ MAITRE d'Apprentissage**

Nom et Prénom : .....

Lieu d'exercice du Maître d'Apprentissage :

.....

.....

Poste occupé : ..... Téléphone : .....

Adresse email : .....

Diplôme obtenu : .....

N° de sécurité Sociale : .....

→ Titulaire de l'Attestation de formation de Maître d'Apprentissage :  OUI  NON

Joindre copie de l'attestation ou courrier de confirmation d'inscription à la formation

**+ CONTRAT**

Date de **DEBUT** du contrat : ..... date de **FIN** du contrat : .....

Type de contrat :

Premier contrat d'apprentissage

Autres.....

Fait à ..... le .....

CACHET EMPLOYEUR