



Dossier d'inscription à la formation-préparation

Rentrée
novembre
2021

Exercer une mission de RÉFÉRENT DE PARCOURS SANTÉ SOCIAL Parcours Certifiant

Concerne uniquement l'IRTS Nouvelle-Aquitaine Bordeaux

Merci de bien vouloir nous retourner dès que possible, avant le : **1^{er} octobre 2021**

à l'adresse suivante :

IRTS Nouvelle-Aquitaine Bordeaux

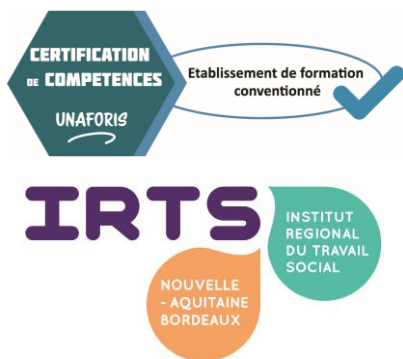
Assistante de la formation EXERCER UNE MISSION DE REFERENT DE PARCOURS

9 rue François Rabelais - BP39

33401 Talence

Les éléments suivants :

- Le bulletin d'inscription à la formation ci-joint, dûment complété et signé
- Un écrit qui argumente une ou des expérience(s) professionnelle(s) justifiant de compétences dans l'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité et/ou de handicap(s), acquise par l'expérience ou la formation (ces compétences sont identifiées dans le document « Bilan de positionnement »).
- Le document « Bilan de positionnement » dûment rempli (voir pages ci-après).
- « Annexe de positionnement_Unaforis » dûment rempli
- Tous documents attestant des compétences correspondant au bilan de positionnement (contrats de travail, attestation(s) de votre ou vos employeur(s), éventuelles fiches de poste, formations, stage(s), résultats de tests antérieurs ou tout autre élément contribuant à l'identification de compétences acquises).
- Un CV
- Une photo d'identité avec nom et prénom inscrits au dos
- Un extrait de casier judiciaire - bulletin n°3 datant de moins de 3 mois (demande à faire sur le site du Ministère de la justice : <https://www.cjn.justice.gouv.fr/cjn/b3/eje20>)
- Un accord ou un engagement de prise en charge financière du coût de la formation
- Une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité
- Un chèque bancaire libellé à l'ordre de l'IRTS Nouvelle-Aquitaine Bordeaux d'un montant de 52 € correspondant aux frais de gestion administrative (somme non remboursable, sauf si nous ne pouvons pas vous inscrire en formation faute de places suffisantes)



Dossier d'inscription à la formation-préparation

Rentrée
novembre
2021

**Exercer une mission de
RÉFÉRENT DE PARCOURS SANTÉ SOCIAL**
Parcours Certifiant

Concerne uniquement l'IRTS Nouvelle-Aquitaine Bordeaux

BILAN DE POSITIONNEMENT

Mr Mme Nom :

Nom de naissance : Prénom :

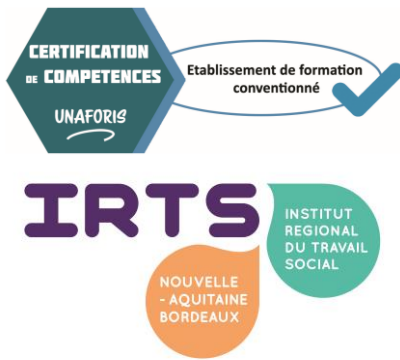
Prérequis pour accéder à la formation-préparation à la certification et certification ou uniquement la certification :

- accessibles aux professionnel.le.s qui sont ou qui vont être en situation d'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité et/ou de handicap(s), et de coordination de leurs projets de vie et de parcours personnalisés.
- Lors de la formation et de la certification, ces professionnel.le.s doivent donc être (ou ont été) en situation de mobiliser les 8 compétences mentionnées ci-dessous.

Merci de compléter les éléments correspondants :

| Compétences que vous mobilisez ou que vous mobiliserez, qui vous permettront de rédiger et soutenir oralement l'examen de certification : | Activités et expériences professionnelles, et/ou formations, qui vous permettent ou vous permettront de mobiliser ces compétences | Durée totale (en année, ou en mois) |
|--|--|--|
| <p>Analyser les missions d'un référent de parcours dans une organisation de travail et légitimer son action</p> <p>(le contexte réglementaire et sociétal de mise en œuvre de la fonction de référent de parcours est identifié.</p> <p>Capacité à expliciter cette fonction au regard de l'organisation dans laquelle elle se situe)</p> | | |

Rentrée
novembre
2021

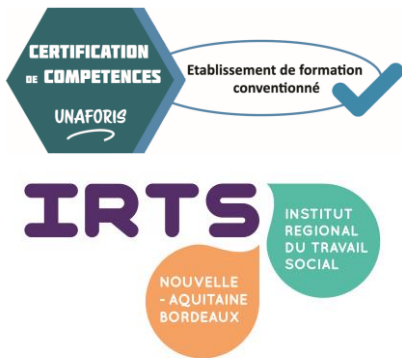


Dossier d'inscription à la formation-préparation

**Exercer une mission de
RÉFÉRENT DE PARCOURS SANTÉ SOCIAL**
Parcours Certifiant

Concerne uniquement l'IRTS Nouvelle-Aquitaine Bordeaux

| | | |
|---|--|--|
| <p>Établir conjointement avec une personne accompagnée le diagnostic de sa situation, afin d'identifier ses attentes et ses besoins dans le but de définir les objectifs de son projet.</p> | | |
| <p>Co-élaborer des modalités d'intervention adaptées à la situation d'une personne accompagnée, en mobilisant des techniques facilitant sa participation.</p> | | |
| <p>Mettre en œuvre les différentes étapes opérationnelles du projet d'une personne accompagnée, en associant les partenaires concernés.</p> | | |
| <p>. Evaluer l'évolution de la situation d'une personne accompagnée, afin de réajuster son projet, dans une démarche d'amélioration continue.</p> | | |



Dossier d'inscription à la formation-préparation

Rentrée
novembre
2021

**Exercer une mission de
RÉFÉRENT DE PARCOURS SANTÉ SOCIAL**
Parcours Certifiant

Concerne uniquement l'IRTS Nouvelle-Aquitaine Bordeaux

| | | |
|---|--|--|
| | | |
| <p>Mobiliser un réseau de partenaires professionnels autour du projet d'une personne accompagnée, afin de s'assurer de son accompagnement global.</p> | | |
| <p>. Communiquer auprès de représentants d'institutions impliqués, afin d'améliorer la coopération en faveur du projet d'une personne accompagnée.</p> | | |
| <p>Réaliser une veille professionnelle, réglementaire, législative et opérationnelle en lien avec son champ d'activité, en mobilisant des sources fiables et actualisées, au service de l'accompagnement des personnes.</p> | | |

Vos attentes, objectifs, besoins d'approfondissements :

Tout dossier incomplet sera systématiquement rejeté.



Annexe
2-A1

Fiche de positionnement – Expérience & Parcours de formation du Candidat

| | |
|-------------|--|
| N° de fiche | EXERCER UNE MISSION DE REFERENT DE PARCOURS SANTE SOCIAL |
| RS 5256 | Promotion 2021-2022 |

Mr Mme Nom :
Nom de naissance : Prénom :

Expérience professionnelle (rémunérée ou non)

Expériences professionnelles (de la plus récente à la plus ancienne) :

| Fonction exercée | Type d'organisation & Lieu | Durée (de / à = XX mois/ans) | |
|------------------|----------------------------|------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Expériences professionnelles complémentaire (de la plus récente à la plus ancienne) :

Stages, acquis personnels, activités sociales & syndicales, associatives, bénévolat, etc.)

| Fonction exercée | Type d'organisation & Lieu | Durée (de / à = XX mois/ans) | |
|------------------|----------------------------|------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Expériences personnelles en lien avec la certification visée (facultative)

| Evènement ou situation | Apprentissage réalisés ou connaissances acquises | Durée (de / à = XX mois/ans) | |
|------------------------|--|------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Parcours de formation du candidat :

Titre et diplômes obtenus (du plus récent au plus ancien) :

| Titre ou diplôme | Discipline | Ministère ou certificateur (Université/école etc.) | Année | Pays | |
|------------------|------------|---|-------|------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Titre ou diplôme en cours (si vous réalisez une ou plusieurs autres formations certifiantes ou diplômantes actuellement) :

| Titre ou diplôme | Discipline | Ministère ou certificateur (Université/école etc.) | Année | Pays | |
|------------------|------------|---|-------|------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |

Formations complémentaires :

| Formation intraentreprise / Module en ligne / Badges numériques, etc. | Discipline | Entreprise ou Organisation | Année | Pays | |
|---|------------|----------------------------|-------|------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Annexe
2-A2

Exemples d'attestation d'expérience

RS 5256 Exercer une mission de référent de parcours santé et social

Exemple d'attestation d'expérience professionnelle justifiant de compétences dans l'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité pour l'accès à la certification de compétences UNAFORIS.

(Fiche adaptable selon le profil du candidat et à remplir si le(s) certificat(s) de travail, de stage ou de bénévolat n'explique(nt) pas les tâches/missions effectuées ou si la personne n'en possède pas)

(sur papier en tête / merci de supprimer les mentions inutiles)

Attestation de la structure : (nom de la structure)

Je (prénom, nom),

En qualité de : (titre de la fonction)

de l'établissement ou du service social ou médico-social suivant :

Nom de l'établissement : (nom de la structure)

Adresse : (N° de voie / Voie / Code Postal / Ville / Pays si hors France)

Téléphone : (n° de téléphone fixe et/ou portable)

E-mail : (adresse e-mail),

accompagnant en partie ou exclusivement des personnes en situation de vulnérabilité, en internat ou en externat, atteste avoir accueilli :

Mme / M : (prénom, nom)

Née le : (date de naissance) à (ville)

En qualité de : (Salarié / Stagiaire / Bénévole / etc. et l'intitulé du poste)

Elle/Il a effectué les tâches suivantes : ...

Durant la période de : (mois/année) à (mois/année)

A raison de XX heures par semaine.

Nom du signataire, signature, ville, date et cachet de l'établissement