

# Fiche d'inscription

## Exercer une mission de Référént de parcours santé-social

Pôle Formation Continue, Conseil et VAE  
Tel : 02 47 62 33 36  
formation.continue@its-tours.com

### Informations personnelles

Madame     Monsieur

NOM :

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date et lieu de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse personnelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Mail (obligatoire) : .....

Numéro de Sécurité Sociale :

Un aménagement est nécessaire pour ma participation à la formation : [referent.handicap@its-tours.com](mailto:referent.handicap@its-tours.com)

### Votre niveau de formation actuel

Diplôme(s) / titre(s) obtenu(s) ou niveau d'étude	Niveau (de I à V)	Année d'obtention

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative de votre inscription.  
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : ITS, Délégué à la Protection des Données - 17 rue Groison - BP 77554 - 37075 Tours CEDEX 2  
([dpo@its-tours.com](mailto:dpo@its-tours.com))

## Votre situation professionnelle

Emploi occupé : .....

Depuis le : ..... Durée totale à ce jour : .....

Type de contrat :

- CDI :  Temps complet  Temps partiel  
➤ CDD :  Temps complet  Temps partiel

Date de fin du contrat : .....

Autre (précisez) : .....

Raison sociale de l'employeur (Nom de l'établissement) : .....

Adresse du lieu de travail : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Mail (obligatoire) : .....

### Financement envisagé

- Plan de développement des compétences de l'établissement  
 Compte Personnel de Formation (CPF)  
 OPérateur de COmpétences (OPCO)  
 Autofinancement  
 Autre financement (précisez) : .....

A cocher obligatoirement : Je souhaite passer la certification UNAFORIS en lien  
avec cette formation : Oui  Non  Je ne sais pas encore

Je soussigné(e), ..... certifie l'exactitude des renseignements  
indiqués ci-dessus.

À ..... le ..... (dater et signer)

Pour l'établissement employeur  
(NOM, fonction, cachet)

Le stagiaire

### Joindre les pièces suivantes :

- Une lettre précisant vos motivations à suivre cette formation  
 Votre Curriculum Vitae actualisé  
 Une copie des attestations de qualifications et diplômes  
 1 photo d'identité récente

Fiche individuelle d'inscription à retourner :

Institut du Travail Social – PFCCV - 17 rue Groison - BP 77554 - 37075 TOURS Cedex 2

Contact : Hélène TESSON – 02 47 62 33 36 – [formation.continue@its-tours.com](mailto:formation.continue@its-tours.com)

FORMATION REFERENT DE PARCOURS SANTE-SOCIAL  
FICHE DE PRESENTION DU STAGIAIRE

MOI

Prénom et nom	
Ce que j'ai envie de dire de moi	

MOI au TRAVAIL

Ma situation professionnelle actuelle : fonction, ancienneté dans la fonction, employeur	
Mes expériences professionnelles antérieures les plus significatives	
Ce que j'aime dans ma fonction actuelle	
Ma (mes) formation(s) initiale(s)	

MOI et la FORMATION référent de parcours

Qui a eu l'initiative de mon inscription à cette formation et pourquoi ?	
Quel est le projet professionnel associé à cette formation ?	
Mes attentes particulières vis-à-vis de cette formation, en termes de contenus	
Mes attentes particulières vis-à-vis de cette formation, en termes de déroulement	





Les ressources externes que je peux mobiliser (collègues, lectures...) au service de mon groupe de stagiaires

Module 1 : Déployer sa mission dans le contexte des politiques publiques

Module 2 : Coconstruire le parcours avec les différentes parties-prenantes

Module 3 : Mobiliser les ressources sur le territoire

Module 4 : Inscrire les missions du référent de parcours dans une organisation de travail