

**DOSSIER DE CANDIDATURE - DISPOSITIF OASISS HANDICAP**  
Préformation aux métiers de l'intervention sociale ou du soin  
2024/2025

À renvoyer, **au plus tard le** : 12 novembre 2024

par mail à l'adresse [oasis@erasme.fr](mailto:oasis@erasme.fr)

ou par courrier postal à l'adresse suivante :

**ERASME, Institut du travail social  
Dispositif OASIS Handicap  
134 route d'Espagne – BP 53566  
31035 TOULOUSE CEDEX 1**

avec :

1

- La copie du document justifiant votre statut de bénéficiaire de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé ou un document qui justifie de votre démarche en cours pour devenir bénéficiaire de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé
- Un extrait du casier judiciaire (bulletin n°3)
- Un C.V.
- Une lettre de motivation d'une page
- La photocopie des diplômes
- 1 photo d'identité

**NE PAS OUBLIER DE FAIRE COMPLETER ET SIGNER PAR VOTRE  
PRESCRIPTEUR LA PAGE 4 « PARTIE PRESCRIPTEUR », SANS  
LAQUELLE VOTRE DOSSIER NE SERA PAS VALIDÉ**

---

**Candidat.e :**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Age : .....

Téléphone portable et / ou fixe : .....

Mail (en MAJUSCULES) : .....

2

Adresse : .....

**Diplôme.s obtenu.s :**

Intitulé du diplôme	Année d'obtention

**Métier.s pressenti.s :**

- Choix 1 : .....
- Choix 2 : .....
- Choix 3 : .....

Expériences personnelles et professionnelles (en rapport avec l'intervention sociale ou le soin) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Situation : (cochez la case selon votre situation actuelle) :

- Demandeur d'emploi indemnisé(e) :
  - En A.R.E. : (aide au retour à l'emploi) Droits Pôle emploi ouverts jusqu'au :
  - En A.S.S. : (Allocation de Solidarité Spécifique).
  - Au R.S.A. : (Revenu de Solidarité active)
- Demandeur d'emploi non indemnisé
- AAH (Allocation d'Adulte Handicapé)
- Autre : .....

3

N° identifiant Pôle Emploi : .....

Les éventuels aménagements à prévoir pour favoriser votre accueil lors de l'épreuve de validation de votre inscription (Exemple : interprète langue des signes, ordinateur, tiers temps, fauteuil adapté, repose-pieds...)

.....  
.....  
.....  
.....

## PARTIE PRESCRIPTEUR

Limitations repérées et techniques de compensation à mettre en œuvre : .....

.....

.....

.....

Coordonnées et signature obligatoires du référent prescripteur :

Nom et prénom : .....

Organisme : .....

Téléphone (ligne directe) : .....

Mail : .....

Signature et cachet :

4

### Vous avez des questions ?

Muriel BARRON SERA  
Assistante formation  
[oasis@erasme.fr](mailto:oasis@erasme.fr)  
05.61.19.27.61

Emmanuelle Touhami  
Coordinatrice du dispositif OASIS Handicap  
[etouhami@erasme.fr](mailto:etouhami@erasme.fr)  
05.61.19.27.61