

DOSSIER DE CANDIDATURE - DISPOSITIF OASIS HANDICAP

Préformation aux métiers du travail social et médico-social

2021/2022

À renvoyer, **au plus tard le 22 octobre 2021**

par mail à l'adresse oasis@erasme.fr

ou par courrier postal à l'adresse suivante :

Erasme, Institut du travail social
Dispositif OASIS Handicap
134 route d'Espagne
31035 TOULOUSE CEDEX 1

avec :

1

- ☐ La Copie de l'attestation de reconnaissance du handicap en cours de validité
(Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé, accident du travail, maladie professionnelle, invalidité, Allocation Adulte 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 REMPLIR LA 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) :

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 le travail social) :

.....

.....

.....

.....

.....

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(e)

☐ AAH (Allocation d'Adulte Handicapé)

☐ Autre :

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

