

Dossier d'inscription à la formation

Exercer une mission de Référent de parcours santé social

Parcours Certifiant Fiche n°RS-7677 France compétences



A retourner avant le **16 octobre 2026** à l'adresse suivante :

IRTS Nouvelle-Aquitaine Bordeaux

Assistante de la formation « Exercer une mission de référent de parcours »

9 rue François Rabelais - BP39

33401 Talence

Pièces à joindre au dossier :

- ☐ Le bulletin d'inscription à la formation ci-joint, dûment complété, signé et tamponné
- ☐ Une photo d'identité avec nom et prénom inscrits au dos
- ☐ La preuve argumentée d'une expérience professionnelle justifiant de compétences dans l'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité. (1 à 2 pages maximum)
- ☐ Attestation d'expérience remplie par l'employeur (voir modèle en dernière page) ou fiche de poste et/ou contrat de travail avec le détail des missions.
- ☐ Un CV
- ☐ 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 (signé et tamponné)
- ☐ Une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité
- ☐ Un **chèque bancaire d'un montant de 60 euros** libellé à l'ordre de l'IRTS Nouvelle-Aquitaine Bordeaux correspondant aux frais de gestion administrative (somme non remboursable, sauf si nous ne pouvons pas vous inscrire en formation faute de places suffisantes ou de non ouverture de la session)

Une convocation vous sera envoyée 15 jours avant le début de la formation.

Dossier d'inscription à la formation

Exercer une mission de Référent de parcours santé social

Parcours Certifiant Fiche n°RS-7677 France compétences



Type d'inscription :

- ☐ Préparation à la certification (120h de formation) + examen de certification, soit 2640 €
- ☐ Uniquement à l'examen de certification (comprenant 6h d'accompagnement), soit 700 €

☐ Mr ☐ Mme Nom : Prénom :

Adresse complète :

N° Portable : Téléphone fixe :

Email :

Nationalité : Date de naissance :

Ville de naissance : Code postal : Pays, si hors France :

☐ Reconnaissance MDPH

Intitulé du diplôme le plus élevé Niveau

Situation actuelle :

☐ Salarié ☐ Demandeur d'emploi ☐ Etudiant ☐ Autre (préciser) :

Pour les salariés, merci de préciser :

Nom de l'organisme / établissement employeur :

Poste occupé :

Adresse du lieu de travail :

Téléphone : Email :

Nom et fonction du responsable :

Adresse du siège social (si différent du lieu de travail) :

Téléphone : Email :

Nom et fonction du responsable :

Type de contrat de travail :

☐ C.D.I. ☐ C.D.D. ☐ Contrat de Professionnalisation ☐ Autre (préciser) :

Si contrat à durée déterminée, indiquer la date de fin du contrat :

Dossier d'inscription à la formation

Exercer une mission de Référent de parcours santé social

Parcours Certifiant Fiche n°RS-7677 France compétences



Prise(s) en charge financière(s) de la formation :

☐ **Employeur** (cachet et signature du responsable de l'établissement obligatoires en bas de ce document)

Nom de son OPCO :

Adresse de facturation :

Personne à contacter :

Téléphone : Email :

☐ **Vous-même** (joindre une lettre d'engagement datée et signée)

Une facture sera adressée directement à l'adresse indiquée en 1^{er} page

☐ **Autre(s) financement(s)** (CPF, OPCO, Pôle Emploi, Agefiph, etc...)

Joindre obligatoirement les justificatifs

Organisme 1 : Montant pris en charge :

Adresse de facturation :

Personne à contacter :

Téléphone : Email :

Organisme 2 : Montant pris en charge :

Adresse de facturation :

Personne à contacter :

Téléphone : Email :

Signature du stagiaire
charge employeur)

Signature de l'employeur + cachet (uniquement en cas de prise en

Nom et fonction du signataire :

.....

Fait à : le :/...../.....

Fait à : le :/...../.....

**Modèle d'attestation d'une expérience professionnelle justifiée et argumentée démontrant des compétences dans l'intervention ou l'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité.
(Prérequis pour accéder à la formation préparant à la certification)**

RS 6552 Exercer une mission de référent de parcours santé et social (RPSS)

(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 en jaune ou 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