 <p>Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile</p>	Formulaire	Référents : Chef de Service et Responsable Qualité
	Fiche de Renseignements Demande Emploi Aide à Domicile	FO00007-V1
		Validé par : Responsable de Service

Document à remplir le plus complètement possible



ETAT CIVIL ET SITUATION FAMILIALE

Madame Monsieur

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance : **Nationalité** :

Numéro de Sécurité Sociale :

Adresse :

Code Postal : **Ville** :

Téléphone : **E Mail** :

Situation familiale : Marié(e)/Vie Maritale Célibataire Divorcé(e) Veuf/ve

Nombre d'enfants à charge : **Âge (s)** :

SITUATION PROFESSIONNELLE

En emploi : CDD CDI **En recherche d'emploi** :

Êtes-vous reconnu(e) comme travailleur handicapé « MDPH » ? Oui Non

Si oui, taux d'invalidité :

Êtes-vous bénéficiaire : du RSA de l'ASS de l'AAH :

Pour les travailleurs étrangers

Nationalité :

Lieu de naissance : **Pays** :

Carte de séjour : Oui Non Si Oui date de validité :

Permis de conduire : Oui Non En cours


Véhicule : Oui Non

Vélo : Oui Non

Trottinette : Oui Non

A Pied/Bus : Oui Non

Tournez la page SVP →

 <p>Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile</p>	Formulaire	Référents : Chef de Service et Responsable Qualité
	Fiche de Renseignements Demande Emploi Aide à Domicile	FO00007-V1
		Validé par : Responsable de Service

FORMATION(S) ET EXPERIENCE(S) PROFESSIONNELLE(S)

Avez-vous un diplôme dans le domaine du service à la personne ? : Oui Non

Si oui lequel ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> BEP Carrière sanitaire et sociale | <input type="checkbox"/> Titre Assistant(e) de Vie Dépendance |
| <input type="checkbox"/> DEAMP Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique | <input type="checkbox"/> Bac Pro ASSP/SAPAT |
| <input type="checkbox"/> DEAES Diplôme d'Etat d'Accompagnant Éducatif et Social | <input type="checkbox"/> BTS SP3S |
| <input type="checkbox"/> TP ADVF Assistant(e) de Vie aux Familles | |

Autre : précisez :

Expérience dans le service à la personne :

Combien de temps avez-vous exercé ?

- Pas d'expérience Entre 0 et 1 an Entre 1 et 3 ans Entre 3 et 5 ans Plus de 6 ans

Dans quel contexte s'est déroulée cette expérience ?

- Particuliers Collectivités territoriales Familiale Associations structures (EHPAD...)

LANGUES PARLÉES ET/OU COMPRISES (*indiquer la langue et le niveau – basique, parlé, courant*)

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

PIECES A FOURNIR (copies)

- Carte nationale d'identité ou titre de séjour
- Livret de famille ou extrait d'acte de naissance
- Carte vitale ou attestation d'assuré social
- 1 Photo d'identité
- RIB à votre nom
- CV + lettre de motivation
- Diplômes
- Si permis : photocopie permis + assurance du véhicule

Visite médicale le :

Date et Signature

Fiche et documents à remettre au CCAS – 46/48 rue Boeildieu – 34500 BEZIERS
ou à transmettre par mail contactsaad@ccas-beziers.fr