

A remplir par le candidat :

Nom : Prénom :

N° INE (obligatoire)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

DOSSIER DE CANDIDATURE DIPLÔME UNIVERSITAIRE

[Dossier de demande d'entrée en formation à retourner](#)

[avant le 16 Juillet 2021 à l'adresse ci-dessous](#)

Université d'Artois – Service Formation Continue à l'Université

Pôle FARE

9 rue du Temple BP 10665

62030 ARRAS CEDEX

fcu-fare@univ-artois.fr

Diplôme Universitaire
Soins Infirmiers en Psychiatrie et Santé Mentale

NB : Vous avez la possibilité de demander une validation des acquis, le cas échéant merci de vous rapprocher de la cellule validation des acquis.

Contact : yapp@univ-artois.fr ou 03 21 60 60 59

La Validation des Acquis Professionnels (VAP 85) permet un accès dérogatoire aux différents niveaux de l'Enseignement Supérieur et d'entrer en formation sans posséder les titres ou les diplômes requis.

A remplir par l'administration :

Admis

Non admis

Année : 20 / 20

N° d'étudiant

--	--	--	--	--	--	--	--

Inscrit le :

Tout dossier incomplet ne sera pas étudié en commission

IDENTITE DU STAGIAIRE

Nom d'usage et Prénom :

Nom de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Date et lieu de naissance :

Département : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Courriel :

Situation familiale : Célibataire Concubin Marié Séparé

Veuf Pacsé Divorcé

Nombre d'enfants à votre charge :

Diplômes obtenus : cocher les cases correspondantes et précisez la spécialité ainsi que l'année d'obtention

Diplômes + spécialités	Année d'obtention	Acquis ou non acquis
BEPC, Brevet des Collèges		
CAP :		
BEP :		
BAC, Equivalence :		
LICENCE :		
MASTER :		
Aucun diplôme		
Autre(s) Diplôme(s), Précisez SVP :		

Autres formations suivies :

Formation :

Année :

Etablissement :

Formation :

Année :

Etablissement :

Formation :

Année :

Etablissement :

Situation actuelle : (ne cochez qu'une situation)

– *Etudiant*

Diplôme préparé :
Ecole ou Université :

– *Salarié (e) :*

Intitulé exact de l'emploi exercé :

Statut de l'emploi :

Cadre

Employé

Ouvrier

Autre Précisez :

Temps de travail :

Temps Plein

Temps Partiel

Nom et adresse de l'employeur :

Nom du RH ou du chargé (e) de formation :

Type de contrat : CDI CDD Contrat en alternance Autre

– *Demandeur d'emploi*

Êtes-vous inscrit à Pôle Emploi ? Oui Non

Depuis ? - de 6 mois De 6 à 12 mois + de 12 mois

Indemnisation ? RSA AREF Non indemnisé Autres :

Numéro d'identifiant :

Le coût de la formation sera pris en charge dans le cadre du :

Plan de Formation DIF/CPF CIF A titre individuel

OPCA (précisez) :

Autre (précisez) :

Expériences professionnelles en lien avec le diplôme :

Avez-vous une expérience professionnelle en lien avec le diplôme préparé ?

Oui

Actuellement en poste depuis le

Expérience antérieure de à

Nom de l'entreprise :

Missions réalisées lors de cet emploi (en lien avec le diplôme) :

1-

2-

3-

4-

Non

A....., Le

SIGNATURE DU CANDIDAT :

Cadre réservé à l'administration

Date de la commission d'admission :

Membres de la commission :

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

VAP 85 en cours ? Oui Non

Décision :

Accord

Refus. Motivations du refus :

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

Le Président de la Commission d'admission

Nom :

Prénom :

Signature :

La loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique à ce dossier. Elle vous donne accès et de rectification sur les données vous concernant. Cette requête doit être adressée au Président de l'Université d'Artois.