Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

lycée professionnel Reffye
Hautes-Pyrénées
académie
toulouse

CAP
Accompagnant Educatif Petit Enfance en 1 an

DOSSIER DE CANDIDATURE

Le Proviseur

Nom du Service
Secrétariat
Référence

Dossier suivi par
Secrétariat de direction
Téléphone
05 62 34 21 40
Fax
05 62 93 69 55
Mél.
0650029D@ac-toulouse.fr

76, avenue Maréchal Joffre
CS 11523
65950 Tarbes Cedex

Conditions d'admission :

Après un CAP - BEP - BACCALAUREAT
Pour les candidats présentant l'examen en juin, le relevé des notes sera transmis dès la connaissance du résultat de l'examen.

Procédure de candidature :

Les candidats doivent établir un dossier de candidature qui comprendra les pièces suivantes :

- Une fiche de candidature.
- Une lettre de motivation **manuscrite** obligatoire
- Une copie des trois derniers bulletins scolaires en votre possession
- Une copie du relevé des notes de l'examen CAP,BEP ou BAC
- Une enveloppe timbrée à l'adresse du candidat

Le certificat médical de vaccination avec l'engagement de la famille ci-joint ainsi que le carnet de santé ou la photocopie du carnet de santé avec le nom de l'élève et sa date de naissance **doivent être présentés à l'infirmière le jour de l'inscription.**

La date limite d'envoi est fixée au **VENDREDI 17 MAI 2024**, le cachet de la poste faisant foi.

Adresse : Lycée professionnel REFFYE
Secrétariat de direction
76 Avenue Maréchal Joffre
Cs 11523
65950 – TARBES Cedex

Tout dossier incomplet ou parvenu après le 21 mai 17h ne sera pas examiné par la commission de recrutement.

Résultat de l'affectation :

Tous les candidats sont prévenus de la suite donnée à leur candidature.

Tarbes, le 05 avril 2024
Le Proviseur,

Sylvie CASTELNAU

lycée professionnel Reffye
Hautes-Pyrénées
académie toulouse
éducation nationale enseignement supérieur recherche

FICHE DE CANDIDATURE
EN CAP Accompagnant Educatif Petite Enfance

Diplôme obtenu : CAP…….En quelle année :……..……

BEP …….En quelle année :……..…

Autre diplôme…….En quelle année :……..…

Examen préparé en 2024 :…….....

Dossier complet ☐ Dossier incomplet et refusé ☐

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CANDIDAT.

(Rayer les mentions inutiles)

NOM :……..Prénom……

Date de naissance :……...Sexe : M F

Qualité souhaitée : INTERNE* DEMI-PENSIONNAIRE EXTERNE

***Attention : Les CAP AEPE ne sont pas prioritaires pour l'internat**

Nom et adresse du responsable légal : ……
……

Numéro de téléphone fixe :……
Numéro de téléphone portable :……
Courriel :……

Date :……

Signature du candidat ou de son représentant légal

Adresse : 76, avenue Maréchal Joffre – CS 11523 – 65950 TARBES CEDEX - ☎ 05.62.34.21.40 - *Courriel 0650029D@ac-toulouse.fr*

AVIS DE L'EQUIPE PEDAGOGIQUE DE L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE, DU CENTRE DE FORMATION OU DE L'EMPLOYEUR SUR LA CANDIDATURE EN CAP ACCOMPAGNANT PETITE ENFANCE

Appréciations sur les motivations :

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

Avis de l'équipe pédagogique ou de l'employeur :

☐ Très favorable ☐ Favorable ☐ Réservé

Date :

Signature du chef d'établissement d'origine ou de l'employeur

Adresse : 76, avenue Maréchal Joffre – CS 11523 – 65950 TARBES CEDEX - ☎ 05.62.34.21.40 - *Courriel 0650029D@ac-toulouse.fr*

2024 - 2025

CAP ACCOMPAGNANT

EDUCATIF PETITE ENFANCE

ENGAGEMENT DE LA FAMILLE OU DE L'ELEVE MAJEUR

Je soussigné, l'élève ou son représentant légal :

Nom :

Prénom :

m'engage à respecter les modalités vaccinales obligatoires demandées. Je note qu'en cas de non respect de ces obligations, son inscription à la formation « CAP Accompagnant éducatif Petite enfance » ne sera pas validée. Ces vaccinations devront être à jour pour les candidats retenus en formation à la rentrée scolaire 2024.

Fait à :

Le :

Signature :

Certificat médical de vaccinations ci-dessous

Adresse : 76, avenue Maréchal Joffre – CS 11523 – 65950 TARBES CEDEX - ☎ 05.62.34.21.40 - *Courriel 0650029D@ac-toulouse.fr*

NOM :	**PRENOM :**
Date de naissance :	

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

Je soussigné(e) Docteur_____

Atteste que le (la) candidat(e) a reçu les vaccinations suivantes :

BCG : Sont considérés comme ayant satisfait à l'obligation vaccinale par le BCG,

- Les personnes apportant la preuve écrite de cette vaccination,
- Les personnes présentant une cicatrice vaccinale pouvant être considérée comme la preuve de la vaccination par le BCG, certifié par le médecin.

IDR à 5 UI : à faire 3 mois avant la rentrée

DT Polio : de moins de 10 ans.

BCG	Dernière IDR		DT Polio
Date	Date	Résultat	Date du dernier rappel

Hépatite B: noter toutes les injections reçues, le nombre d'injections ne doit pas dépasser 6 en tout.
Si vous avez déjà reçu 2 injections de ce vaccin, faire un dosage des « anticorps anti HBs »

1° injection	2° injection	3° injection	Contrôle des anticorps anti HBs
Nom du vaccin : Date :	Nom du vaccin : Date :	Nom du vaccin : Date :	Date : Dosage : Laboratoire :

En cas de revaccination :

4° injection	5° injection	6° injection	Contrôle des anticorps anti HBs
Nom du vaccin: Date :	Nom du vaccin: Date :	Nom du vaccin: Date :	Date : Dosage : Laboratoire :

DATE : **SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN :**

Ces vaccinations devront être à jour à la rentrée scolaire pour les candidats retenus en formation CAP AEPE 2024-2025

Le certificat médical de vaccination sera à fournir le 1er jour de la rentrée 2024

Adresse : 76, avenue Maréchal Joffre – CS 11523 – 65950 TARBES CEDEX - ☎ 05.62.34.21.40 - *Courriel 0650029D@ac-toulouse.fr*