

# TITRE AUXILIAIRE PARAMÉDICAL DEMANDE DE DÉLIVRANCE PAR LA VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE

Livret de recevabilité : Livret I

Code de l'éducation art. R335-5 à R335-11

## Rubrique n°1 – Informations vous concernant

Mme  Mlle  M.

Nom de naissance .....  
 Nom d'épouse .....  
 Premier prénom .....  
 Autres prénoms .....  
 Adresse .....  
 Code Postal ..... Ville .....  
 Pays de résidence .....  
 Tél. domicile ..... Tél. travail .....  
 Tél. mobile .....  
 Date de naissance ..... Nationalité .....  
 Commune de naissance ..... Départ./Pays de naissance .....

Dernier emploi occupé ou fonction : .....

**Votre situation actuelle**  
 Exercez-vous une activité de bénévole dans une association, un syndicat ?  Oui  Non

*Vous êtes actuellement :*

En situation d'emploi :  CDI  CDD ou Intérim  Travailleur indépendant, artisan, profession libérale  
 Fonctionnaire  Militaire  Contrat aidé ou contrat en alternance

En situation d'inactivité :  
 En recherche d'emploi :  
 Inscrit(e) à Pôle Emploi  Non  Oui, depuis :  < 1 an  1 an à - de 2 ans  2 ans à - de 3 ans  3 ans ou plus

Etes-vous indemnisé au titre de l'assurance chômage (ARE) ?  Oui  Non  
 Etes-vous allocataire du RSA ?  Oui  Non  
 Etes-vous allocataire d'autres minima sociaux ? (ASS, AI, AV, AAH...) :  Oui  Non  
 Etes-vous reconnu travailleur handicapé ?  Oui  Non

**Renseignements concernant votre niveau de formation** (Cochez les cases qui correspondent à votre situation)

<b>Dernière classe suivie :</b>	<b>Diplôme général le plus élevé obtenu :</b>
<input type="checkbox"/> Primaire ou 6 <sup>ème</sup> , 5 <sup>ème</sup> , 4 <sup>ème</sup> du collège	<input type="checkbox"/> Aucun diplôme
<input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> ou 1 <sup>ère</sup> année de CAP ou BEP	<input type="checkbox"/> Certificat d'étude primaire (CEP)
<input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> e, 1 <sup>ère</sup> année de l'enseignement général	<input type="checkbox"/> Brevet des collèges (BEPC), DNB ou équivalent
<input type="checkbox"/> Ou dernière année de CAP ou de BEP	<input type="checkbox"/> CAP, BEP ou autre certification de même niveau
<input type="checkbox"/> Terminale	<input type="checkbox"/> Baccalauréat général, technologique, professionnel, ESEU, DAEU
<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> ou 2 <sup>ème</sup> année de DEUG, DUT, BTS ou équivalent	<input type="checkbox"/> DEUG, DUT, BTS ou autre diplôme de niveau III
<input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> cycle de l'enseignement supérieur ou équivalent	<input type="checkbox"/> Diplôme de niveau II : licence (ou maîtrise)
	<input type="checkbox"/> Diplôme de niveau I : master, titre d'ingénieur diplômé (ou DESS, DEA)

Avez-vous obtenu un diplôme ou un titre à l'issue d'une formation professionnelle ? Si oui, lequel :  
 .....

**CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

Dossier reçu le : ..... Dossier complet le : .....

N° identifiant : ..... CSP du dernier emploi occupé : .....

Niveau du diplôme obtenu à l'issue de la formation professionnelle : .....

Décision de recevabilité :  favorable  défavorable Date de décision de recevabilité : .....

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Nom :  
Prénom :

**Rubrique n°2 – Informations concernant l'expérience salariée ou bénévole en rapport avec la certification**

(en commençant par la plus récente)

1 Emploi ou fonction bénévole occupé	2 Nom et lieu de l'entreprise (ou autre structure) dans laquelle les activités ont été exercées	3 Secteur d'activité de l'entreprise ou de la structure	4 Statut dans cet emploi : 1 : salarié 2 : bénévole 3 : travailleur indépendant, artisan, profession libérale	5 Temps de travail : 1 : temps complet 2 : temps partiel (indiquer le nombre d'heures effectuées par mois)	6 Total des heures effectuées dans cette fonction ou cet emploi	7 Périodes d'emploi		8 Principales activités exercées en rapport avec le diplôme visé
						Date de début	Date de fin	
Exemple : aide à domicile	Association « Repotel » Alençon/Orne	Social, prise en charge à domicile	1	2 (20h par mois)	1200h	01/03/1999	30/06/2002	Assistance à domicile auprès de 3 personnes âgées et 2 personnes handicapées : toilette – courses - ménage - repas

Cette page peut-être dupliquée autant de fois que nécessaire

Nom :  
Prénom :

### Rubrique n°3 – Pièces à joindre obligatoirement à votre demande

**1. Pour justifier de votre identité, vous fournissez :**

- Une photocopie recto/verso de votre carte d'identité
- Ou une photocopie de votre passeport
- Ou une photocopie de votre titre de séjour en cours de validité

**2. Pour justifier chacune de vos activités :**

**Pour vos activités salariées, vous fournissez :**

- Soit une attestation signée de votre employeur (modèle joint dans le document annexe)
- Soit vos bulletins de salaire (les bulletins récapitulatifs annuels suffisent) si vous ne pouvez pas ou si vous ne souhaitez pas demander d'attestation à votre employeur.
- Vous pouvez joindre un relevé de carrière (demandé à la CNAV des travailleurs salariés pour Paris et sa région et à la CRAM pour la province) en complément ou à la place.

**Pour vos activités bénévoles, vous fournissez :**

- Une attestation signée par deux responsables de l'association dans laquelle vous avez exercé ayant pouvoir de signature (modèle joint dans le document annexe).
- Cette attestation est obligatoire pour que vos activités bénévoles soient prises en compte.

**Pour vos activités non salariés (libérales), vous fournissez :**

- L'inscription auprès des organismes habilités et les justificatifs de la durée de cette inscription (registre du commerce ou des sociétés, registre des métiers, URSSAF ou tout autre document pouvant attester de votre activité professionnelle indépendante).

### Rubrique n°4 – déclaration sur l'honneur

**Cette déclaration est à remplir obligatoirement pour que votre dossier soit recevable**

#### Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e), .....,

déclare sur l'honneur que toutes les informations fournies sont exactes et que la présente candidature à la validation des acquis de l'expérience en vue de l'obtention du **Titre Auxiliaire Paramédical** constitue l'unique demande pour ce diplôme pour la même année civile.

Je m'engage également à ne pas présenter plus de trois candidatures à la validation des acquis de l'expérience pour des diplômes, certificats ou titres différents durant la présente année civile.

Fait à .....

Signature du candidat

Le .....

#### La loi punit quiconque se rend coupable de fausses déclarations :

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques ».

Le faux et usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000€ d'amende (*code pénal, art. 441-1*).

Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000€ d'amende » (*code pénal art.441-6*)

**Attestation d'activités salariées : Titre Auxiliaire Paramédical**  
*A remplir par l'employeur*

Je soussigné(e) :     M                     Mme                     Mlle

Nom : .....  
Prénom : .....  
Agissant en qualité de (fonction) : .....

**Identification de l'employeur**

Cachet

Nom de l'entreprise ou de l'employeur : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Certifié que :     M                     Mme                     Mlle

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) : ..... / ..... / ..... à (département de naissance) .....

Demeurant à : .....

A occupé la fonction ou l'emploi de .....

Est ou a été employé(e) depuis le: ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / ..... A temps plein (\*) A temps partiel (\*) : ..... %

(\*) Rayer la mention inutile et compléter le taux pour le temps partiel

Notice à l'attention de l'employeur.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment sur la page 2 en reportant le nom et le prénom du candidat.

Penser aussi à signer et à appliquer votre cachet dans le cadre prévu à cet effet sur la page 2.

Attention, vous engagez votre responsabilité pour toutes les informations communiquées dans cette attestation.

Le faux et usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000€ d'amende (*code pénal, art. 441-1*).

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. » (*code pénal art.441-1*)

Recommandation pour le candidat à la VAE : Faire des copies de ce document et toujours conserver un exemplaire vierge de ce document en cas de besoin.

Durant cette période, ..... (nom) ..... (prénom) a exercé les activités suivantes liées **Titre Auxiliaire Paramédical** :

<b>Collaboration à l'accompagnement d'une personne dépendante ou âgée dans les activités de la vie quotidienne en structure d'accueil ou établissement de santé :</b>		
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
1. Il apporte son aide aux soins d'hygiène corporelle en tenant compte des besoins et des capacités de la personne		
2. Il apporte une aide à l'élimination		
3. Il apporte une aide au déplacement en tenant compte des besoins et des capacités de la personne		
4. Il aide à l'alimentation dans le respect du rythme, des goûts et de la culture		
5. Il accompagne la personne dans la réalisation de soi et dans le maintien de la vie sociale		
6. Il transmet les actions et les informations à l'équipe et à l'entourage		
<b>Collaboration à la prise en charge d'un enfant sain en structure d'accueil :</b>		
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
1. Il contribue à l'animation et participe à l'éveil dans le respect du développement psychomoteur		
2. Il participe aux soins d'hygiène corporelle dans le respect de l'autonomie de l'enfant		
3. Il participe à l'alimentation		
4. Il apporte son aide à l'élimination et participe à l'acquisition de la propreté		
5. Il accompagne et respecte les rythmes chronobiologiques de l'enfant		
6. Il transmet les informations à l'équipe et assure une relation de confiance avec la famille		

A :

Le :

Signature et cachet de l'employeur :

## Attestation d'activités bénévoles : Titre Auxiliaire Paramédical

A remplir par l'employeur

M     Mme     Mlle    Nous soussigné(s) :     M     Mme     Mlle

.....	Nom	.....
.....	Prénom	.....
.....	Agissant en qualité de	.....
.....	(fonction)	.....

### Identification de l'organisme gestionnaire

Cachet

Dénomination : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pour une association, date de création ..... / ..... / ..... Lieu .....

### Identification de la structure d'accueil (si différent)

Cachet

Dénomination : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pour une association, date de création ..... / ..... / ..... Lieu .....

Certifie que :     M     Mme     Mlle

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) : ..... / ..... / ..... à (département de naissance) .....

Demeurant à : .....

A occupé la fonction bénévole de .....

Depuis le ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / ..... A temps plein (\*)                      A temps partiel (\*) : ..... %

(\*) Rayer la mention inutile et compléter le taux pour le temps partiel

Notice à l'attention des deux responsables de l'association ou de l'organisme d'accueil.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment sur la page 2 en reportant le nom et le prénom du candidat.

Penser aussi à signer et à appliquer votre cachet dans le cadre prévu à cet effet sur la page 2.

Attention, vous engagez votre responsabilité pour toutes les informations communiquées dans cette attestation.

Le faux et usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000€ d'amende (*code pénal, art. 441-1*).

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. » (*code pénal art.441-1*)

Recommandation pour le candidat à la VAE : Faire des copies de ce document et toujours conserver un exemplaire vierge de ce document en cas de besoin.

Durant cette période, ..... (nom) ..... (prénom) a exercé les activités suivantes liées au **Titre Auxiliaire Paramédical** :

**Collaboration à l'accompagnement d'une personne dépendante ou âgée dans les activités de la vie quotidienne en structure d'accueil ou établissement de santé :**

	Oui	Non
1. Il apporte son aide aux soins d'hygiène corporelle en tenant compte des besoins et des capacités de la personne		
2. Il apporte une aide à l'élimination		
3. Il apporte une aide au déplacement en tenant compte des besoins et des capacités de la personne		
4. Il aide à l'alimentation dans le respect du rythme, des goûts et de la culture		
5. Il accompagne la personne dans la réalisation de soi et dans le maintien de la vie sociale		
6. Il transmet les actions et les informations à l'équipe et à l'entourage		

**Collaboration à la prise en charge d'un enfant sain en structure d'accueil :**

	Oui	Non
1. Il contribue à l'animation et participe à l'éveil dans le respect du développement psychomoteur		
2. Il participe aux soins d'hygiène corporelle dans le respect de l'autonomie de l'enfant		
3. Il participe à l'alimentation		
4. Il apporte son aide à l'élimination et participe à l'acquisition de la propreté		
5. Il accompagne et respecte les rythmes chronobiologiques de l'enfant		
6. Il transmet les informations à l'équipe et assure une relation de confiance avec la famille		

Pour chacun des deux responsables de l'organisme gestionnaire ou de la structure d'accueil :

A :  Le :  Signature :	Cachet	A :  Le :  Signature :
------------------------------------	--------	------------------------------------