

DOSSIER DE CANDIDATURE
DIPLÔME UNIVERSITAIRE
Année universitaire 2017/2018

[Dossier de demande d'entrée en formation à retourner à l'adresse ci-dessous](#)

Université d'Artois – Service Formation Continue Universitaire

9 rue du Temple BP 10665

62030 ARRAS CEDEX

Diplôme Universitaire
Soins Infirmiers en Psychiatrie et Santé Mentale

Ce dossier doit être rempli et signé par le stagiaire. Il doit être accompagné des pièces suivantes :

- ✚ Un curriculum vitae présentant de façon détaillée la trajectoire personnelle et professionnelle et incluant la formation initiale et continue.
- ✚ Une lettre de motivation dans laquelle vous préciserez vos expériences professionnelles significatives en lien avec la formation demandée ou vos motivations à l'accès à cette formation.
- ✚ Une enveloppe affranchie au tarif en vigueur où figurent vos coordonnées.
- ✚ Une copie des diplômes nécessaires à l'inscription au diplôme.

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 : vap@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.

Merci de préciser votre

Nom : **et Prénom :**

IDENTITE DU STAGIAIRE

Nom d'usage et Prénom :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Téléphone : **Courriel :**

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
<input type="checkbox"/>	BEPC, Brevet des Collèges		
<input type="checkbox"/>	CAP :		
<input type="checkbox"/>	BEP :		
<input type="checkbox"/>	BAC, Equivalence :		
<input type="checkbox"/>	LICENCE :		
<input type="checkbox"/>	MASTER :		
<input type="checkbox"/>	Aucun diplôme		
<input type="checkbox"/>	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

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
 Autre (précisez) :

Expériences professionnelles en lien avec le diplôme :

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

Oui

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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Décision :		
<input type="checkbox"/> Accord		
<input type="checkbox"/> Refus. Motivations du refus :		
.....		
.....		
.....		
Le Président de la Commission d'admission		
Nom :	Prénom :	Signature :