

Formation
ASSISTANT DENTAIRE

Toute demande doit être adressée maximum 10 jours avant la date du début de contrat

Pré-inscription demandée par : l'employeur, signature :

RENSEIGNEMENTS EMPLOYEUR

Toutes les rubriques suivantes doivent être renseignées :

Raison sociale/Nom/Prénom			
Adresse			
CP/Ville			
N° tel			
E-mail			
N° SIRET:	Caisse retraite :	Convention Collective n° :	Effectif de l'entreprise :
- Nom/Prénom du tuteur : _____		- Date de naissance du tuteur : _____	
- E-mail du tuteur : _____		- Emploi occupé du tuteur : _____	

RENSEIGNEMENTS SALARIÉ EN FORMATION

Nom administratif	
Nom d'épouse et nom d'usage	
Prénoms	

– joindre obligatoirement la copie recto-verso de la C.N. d'Identité et du justificatif du niveau scolaire et/ou diplôme

N° sécurité sociale	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Adresse	
CP/Ville	
N° téléphone (mobile et fixe)	
N° téléphone de la personne de confiance	
E-mail	
Diplômes obtenus (niveau 3 minimum)	En situation de handicap : Oui Non

<p>CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION</p> <p>Imprimé CERFA n° 12 434* 05</p> <p>Pour former dans le cadre d'une nouvelle embauche un jeune jusqu' à 25 ans inclus ou un demandeur d'emploi de 26 ans et plus</p>	Date de début de contrat : <input type="text"/>
	Type de contrat : <input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> CDD
	Profil : <input type="radio"/> ≤ 25 ans <input type="radio"/> Demandeur d'emploi ≥ 26 ans N°IDE France Travail obligatoire : _____ Situation avt contrat : _____ Date d'inscription à FranceTravail: _____
Durée hebdomadaire de travail (incluant les 7 heures de formation)	Temps complet (35 heures) <input type="checkbox"/> Temps partiel : _____ (à partir de 26 heures jusqu'à 34 heures)
Pour établir votre calendrier, merci de préciser le jour de cours et lieu de cours.	Jour de cours choisi : _____ Lieu de cours choisi : _____
Prise en charge des frais pédagogiques	<input type="radio"/> OPCO EP/subrogation <input type="radio"/> Autre OPCO/sans subrogation <input type="radio"/> Employeur
Commande des multi-supports pédagogiques (350€) (à la charge de l'employeur)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Rémunération	Salaire brut mensuel à l'embauche :



FICHE DE POSITIONNEMENT CANDIDAT Voie de la formation

Titre à finalité professionnelle Assistant dentaire

RNCP38144 - Date de publication de la décision d'enregistrement au RNCP : 18/10/2023

Edition mars 2024



PARTIE 1 : INFORMATIONS RELATIVE À VOTRE CANDIDATURE

Complétez la partie 1 de la fiche et préparez les documents et pièces administratives requises (liste en fin de fiche) en vue de votre entretien de positionnement avec le centre de formation. Votre entretien se déroulera préalablement à votre inscription à la formation et aux épreuves et permettra de définir votre parcours de formation et d'accès au Titre assistant dentaire.

MES INFORMATIONS PERSONNELLES

CIVILITÉ	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Autre / Non-genré
NOM DE NAISSANCE (Tel qu'indiqué sur votre pièce d'identité)			
NOM D'USAGE (Si différent de votre nom de naissance)			
PRÉNOM (Tel qu'indiqué sur votre pièce d'identité)			
DATE ET LIEU DE NAISSANCE Ville et n° département / pays (si à l'étranger)	Date : Ville : Pays : <input type="checkbox"/> France	Code postal (ville de naissance) : <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	
Adresse mail Téléphone	@ : Tél :		

MES QUALIFICATIONS / DIPLÔMES / CERTIFICATIONS

Dernier diplôme obtenu / validé (Cochez la case correspondante) <input type="checkbox"/> Aucun diplôme validé / obtenu à ce jour <input type="checkbox"/> Niveau 2 - Diplôme national du brevet <input type="checkbox"/> Niveau bac - échec à l'examen <input type="checkbox"/> Niveau 3 - CAP / BEP ou autre <input type="checkbox"/> Niveau 4 - Bac général, Techno ou Pro, etc. <input type="checkbox"/> Niveau 5 - BTS / DUT / DEUG, etc. <input type="checkbox"/> Niveau 6 - Licences / BUT / Maitrise <input type="checkbox"/> Niveau 7 - Master 2 ou équivalent <input type="checkbox"/> Niveau 8 - Doctorat ou équivalent <input type="checkbox"/> Autre (ex. :diplôme de chirurgien-dentiste étranger)	Précisez le nom exact du dernier diplôme obtenu (Ou qualification / certification professionnelle / Titre / Titre <i>professionnel</i>) <u>Nom exact :</u> (Ex. : Bac Pro accompagnement soins et services à la personne) <u>Pays d'obtention du diplôme :</u> <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Je suis titulaire du CQP Aide dentaire	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Je souhaite entrer en parcours de redoublement / triplement à l'issue d'un échec au Titre Assistant dentaire	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
J'ai validé à l'issue d'un précédent parcours de formation d'assistant dentaire une ou plusieurs UE de l'ancienne mouture du titre Assistant dentaire (RNCP15745 – actif au RNCP entre 2018 et 2023)	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Cochez, la ou les UE validée(s) : <input type="checkbox"/> UE2 <input type="checkbox"/> UE3 <input type="checkbox"/> UE4 <input type="checkbox"/> UE5 <input type="checkbox"/> UE6 <input type="checkbox"/> UE7 <input type="checkbox"/> UE8 -> application des dispositions transitoires (2018-2025) entre RNCP15745 et RNCP38144.

Je suis titulaire d'un diplôme permettant d'exercer en France les professions ci-dessous :					
Cochez la case correspondante	OUI	NON	Cochez la case correspondante	OUI	NON
Infirmier*			Auxiliaire de puériculture*		
Masseur-kinésithérapeute *			Ambulancier*		
Pédicure-podologue*			Assistant de régulation médicale*		
Ergothérapeute*			Technicien de laboratoire médical*		
Psychomotricien*			Audioprothésiste*		
Diététicien*			Opticien-lunetier*		
Manipulateur d'électroradiologie médicale			Prothésiste / orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées*		
Orthoptiste*			Préparateur en pharmacie hospitalière		
Orthophoniste*			Auxiliaire vétérinaire qualifié		
Aide-soignant*					

* Diplômes mentionnés aux titres Ier à VII et IX du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique.

Je suis titulaire de l'attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 (AFGSU 2)	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Date de validation / d'obtention :
Je dispose d'autres attestations, qualifications, habilitations ou certificats	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI : Nom de l'attestation / qualification / habilitation, etc. : Date d'obtention :

MON EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE AVANT MON ENTRÉE EN FORMATION D'ASSISTANT DENTAIRE

La dernière activité professionnelle que j'ai exercée :

Cochez, la ou les cases correspondant à votre situation avant la formation

- Aucune**, je sors d'une formation scolaire (lycée, école, Fac, etc.) et n'ai jamais travaillé avant aujourd'hui.
- Aucune**, je n'ai jamais exercé d'activité professionnelle avant aujourd'hui.
- J'ai exercé pendant un an minimum le métier d'aide dentaire** préalablement à mon entrée en formation d'assistant dentaire
- J'ai uniquement exercé dans le cadre de ma formation en alternance** (contrat de pro ou d'apprentissage) :
Diplôme, Titre ou qualification/certification visé(e) :

Métier / activité professionnelle exercée :
- J'ai exercé la profession / le métier ci-dessous en France, mais ne l'exerce plus aujourd'hui :**
Nom du métier : _____ Durée d'expérience (*en mois ou en années*) : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____
- Je suis en emploi à ce jour et j'exerce mon activité professionnelle / mon métier en France :**
Nom du métier : _____ Durée d'expérience (*en mois ou en années*) : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____
- J'ai exercé la profession / le métier ci-dessous à l'étranger, mais ne l'exerce plus aujourd'hui :**
Nom du métier : _____ Durée d'expérience (*en mois ou en années*) : _____
- Autre, précisez :**

MON STATUT AU MOMENT DE L'INSCRIPTION EN FORMATION D'ASSISTANT DENTAIRE

Au moment où je remplie cette fiche, je suis :

- En formation :**
Je suis une formation en lycée, en école ou à l'université. Je suis élève / étudiant / apprenti / en contrat de pro.
- En recherche d'emploi :**
Je ne travaille pas et j'ai le statut de « demandeur d'emploi »
- Inactif :**
Je suis retraité ou arrêté pour raison de santé ou sans activité professionnelle *(sans le statut de demandeur d'emploi)*
- Actif occupé hors alternance :**
Je travaille en tant que salarié ou indépendant, mais je ne suis pas en contrat de pro ou d'apprentissage.

MES BESOINS SPÉCIFIQUES

Remarque :

Quelle que soit votre situation, vous n'êtes pas dans l'obligation de répondre à cette partie de la fiche.

Les informations que vous pourrez éventuellement nous transmettre resteront totalement confidentielles et ne seront pas divulguées en dehors du seul cadre de votre entretien de positionnement sans votre accord écrit et explicite.

Ces informations visent à nous aider à mieux vous accompagner tout au long de votre parcours visant le Titre Assistant dentaire. Selon votre situation, et uniquement si vous le désirez et selon vos besoins individuels et spécifiques, il est possible de mettre en œuvre des aménagements de votre parcours de formation et/ou des adaptations des modalités d'évaluation dans la cadre de la compensation de situation de fragilité ou de handicap.

**Pour tout complément d'information, vous pouvez contacter le référent du centre de formation par téléphone au :
ou par mail à l'adresse suivante :**

Situation de fragilité et aménagements de mon parcours

Je dispose d'une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH)	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, mais je ne souhaite pas la préciser à l'écrit <input type="checkbox"/> Oui, elle concerne : <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas répondre
Je dispose d'une notification (MDPH ou avis médical) en lien avec une situation de handicap ou de fragilité	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, mais je ne souhaite pas la préciser à l'écrit <input type="checkbox"/> Oui, elle concerne : <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas répondre
Je souhaite que mon tuteur / maître d'apprentissage / employeur en soit informé	<input type="checkbox"/> NON, en aucun cas je ne souhaite qu'il soit informé <input type="checkbox"/> OUI, mais je lui transmettrai l'information personnellement <input type="checkbox"/> Oui, j'accepte que le centre de formation échange de ma situation avec mon tuteur / maître d'apprentissage / employeur
Je souhaite faire valoir mes droits à l'aménagement de mon parcours de formation au regard de mes besoins spécifiques	<input type="checkbox"/> NON, à ce jour je ne le souhaite pas. <input type="checkbox"/> OUI, je souhaite bénéficier des aménagements / adaptations de mon parcours de formation <input type="checkbox"/> Je ne sais pas, je souhaite en échanger avec le centre de formation
Je souhaite faire valoir mes droits à l'adaptation des modalités d'évaluation des épreuves du Titre Assistant dentaire au regard de mes besoins spécifiques	<input type="checkbox"/> NON, à ce jour je ne le souhaite pas. <input type="checkbox"/> OUI, je souhaite bénéficier des aménagements / adaptations des modalités d'évaluation des épreuves <input type="checkbox"/> Je ne sais pas, je souhaite en échanger avec le centre de formation

Mes besoins pour la formation

Ma représentation du métier	Décrivez en quelques mots / ligne ce qu'implique d'être assistant dentaire. Quelles sont selon vous les activités à réaliser ? les responsabilités de l'assistant dentaire ? sa place dans l'entreprise ?
Les difficultés que je rencontre	Vous pouvez indiquer ou préciser ici les difficultés que vous rencontrez ou avez rencontrées lors des formations que vous avez suivies, des examens et épreuves que vous avez passés ou encore dans le cadre de votre parcours professionnel (<i>ex. lecture, compréhension, calculs, rédaction de documents professionnels, communiquer par téléphone, utilisation des outils numériques, etc.</i>)
Mes besoins et attentes pour la formation	Indiquez ici, ce dont vous pourriez avoir besoin pendant votre formation préparant au Titre Assistant dentaire (<i>ex. renforcement sur les compétences métier, méthodologie de rédaction du rapport de stage, soutien en mathématiques, français, biologie, accompagnement individuel, méthode d'apprentissage des connaissances, utilisation des outils numériques, de communication, travailler ma posture professionnelle, etc.</i>)
Commentaires éventuels	Champ libre à destination du candidat :

Liste des documents à transmettre au centre de formation lors de votre entretien de positionnement

- Copie de votre pièce d'identité recto/verso encours de validité
- Copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie
- Copie des diplômes que vous avez validés (ou relevé de notes / attestation de réussite)
- Copie des qualifications / habilitations / certificats que vous avez obtenus (ex. : CQP aide dentaire)
- Copie de l'attestation AFGSU 2 encours de validité (si obtenue)
- Attestation vaccinale (à se procurer au secrétariat du secteur CNQAOS)
- CV à jour
- Le cas échéant et si vous le désirez : reconnaissance RQTH / avis médical / notification MDPH en lien avec une situation de fragilité / handicap pouvant donner lieu à aménagement / adaptation de parcours et des modalités d'évaluation
- Le cas échéant, justificatif d'expérience professionnelle de plus d'un an en tant qu'aide dentaire (ex. bulletin de salaire ou attestation employeur) si vous êtes titulaire du CQP Aide dentaire
- Tout document que vous trouvez utile pour construire votre parcours de formation préparant au Titre Assistant dentaire