

**Formation**  
**AIDE DENTAIRE**

 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><b>CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION</b></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) 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	OPCO EP/subrogation <input type="radio"/> Autre OPCO/sans subrogation <input type="radio"/> Employeur <input type="radio"/>
Commande des multi-supports pédagogiques (260 €) (à la charge de l'employeur)	Oui Non
Rémunération	Salaire brut mensuel à l'embauche :



## FICHE DE POSITIONNEMENT CANDIDAT

### CQP Aide dentaire



Edition du 18 mars 2025

## PARTIE 1 : INFORMATIONS RELATIVES 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 CQP Aide dentaire.

### MES INFORMATIONS PERSONNELLES

<b>CIVILITÉ</b>	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Autre / Non-généré
<b>NOM DE NAISSANCE</b> (Tel qu'indiqué sur votre pièce d'identité)			
<b>NOM D'USAGE</b> (Si différent de votre nom de naissance)			
<b>PRÉNOM</b> (Tel qu'indiqué sur votre pièce d'identité)			
<b>DATE ET LIEU DE NAISSANCE</b> 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) :	
<b>Adresse mail</b> <b>Téléphone</b>	@ : Tél :		

### MES QUALIFICATIONS / DIPLÔMES / CERTIFICATIONS

<b>Dernier diplôme obtenu / validé</b> (Cochez la case correspondante) <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Aucun diplôme validé / obtenu à ce jour</li><li><input type="checkbox"/> Niveau 2 - Diplôme national du brevet</li><li><input type="checkbox"/> Niveau Bac - échec à l'examen</li><li><input type="checkbox"/> Niveau 3 - CAP / BEP ou autre</li><li><input type="checkbox"/> Niveau 4 - Bac général, Techno ou Pro, etc.</li><li><input type="checkbox"/> Niveau 5 - BTS / DUT / DEUG, etc.</li><li><input type="checkbox"/> Niveau 6 - Licences / BUT / Maîtrise</li><li><input type="checkbox"/> Niveau 7 - Master 2 ou équivalent</li><li><input type="checkbox"/> Niveau 8 - Doctorat ou équivalent</li><li><input type="checkbox"/> Autre (ex. : <i>diplôme de chirurgien-dentiste étranger</i>)</li></ul>	<b>Précisez le nom exact du dernier diplôme obtenu</b> (Ou qualification professionnelle / CQP / CQP <i>professionnel</i> ) <u>Nom exact :</u> (Ex. : <i>Bac Pro accompagnement soins et services à la personne</i> )  <u>Pays d'obtention du diplôme :</u> <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
<b>J'ai déjà validé une ou plusieurs parties ou unités d'enseignement du CQP Aide dentaire lors d'un parcours précédent</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/> <b>OUI</b> Si oui, précisez : Nouvelle version du CQP AD (à partir du 01/01/2024) <input type="checkbox"/> Partie 01 <input type="checkbox"/> Partie 02 <input type="checkbox"/> Partie 03  Et/ou Ancienne version du CQP AD (depuis le 01 <sup>er</sup> janvier 2020) <input type="checkbox"/> UE3 <input type="checkbox"/> UE4 <input type="checkbox"/> UE 7

**Je suis titulaire de l'attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 1 (AFGSU 1)**

- NON**  
 **OUI** Date de validation / d'obtention :

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

### MON EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE AVANT MON ENTRÉE EN FORMATION D'AIDE 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 uniquement exercé dans le cadre de ma formation en alternance** (contrat de pro ou d'apprentissage) :  
Diplôme visé :

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'AIDE 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 CQP Aide 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 vulnérabilité 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 vulnérabilité 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 vulnérabilité	<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 / 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 / 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 CQP Aide 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

<b>Ma représentation du métier</b>	<p>Décrivez en quelques mots / ligne ce qu'implique d'être aide dentaire.          Quelles sont selon vous les activités à réaliser ? Les responsabilités de l'aide dentaire ? Sa place dans l'entreprise ?</p>
------------------------------------	---

<b>Les difficultés que je rencontre</b>	<p>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>)</p>
<b>Mes besoins et attentes pour la formation</b>	<p>Indiquez ici, ce dont vous pourriez avoir besoin pendant votre formation préparant au CQP Aide 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>)</p>
<b>Commentaires éventuels</b>	<p>Champ libre à destination du candidat :</p>

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

- Copie de votre pièce d'identité recto/verso en cours de validité
- Copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie
- Copie des qualifications / habilitations / certificats que vous avez obtenus
- 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
- Tout document que vous trouvez utile pour construire votre parcours de formation préparant au Titre Aide dentaire