

Photo

NOM : .....

PRENOM : .....

## DOSSIER DE CANDIDATURE A LA FORMATION PREPARANT AU CERTIFICAT NATIONAL DE COMPETENCE (CNC)

MANDATAIRE JUDICIAIRE DE LA PROTECTION DES MAJEURS  
MENTION « MESURE JUDICIAIRE A LA PROTECTION DES MAJEURS » (MJPM)

CNC MJPM     CNC MJPM/DU (diplôme universitaire)

Date de clôture des inscriptions :  
le .....

Dossier de candidature à télécharger et compléter sur le site [www.estes.fr](http://www.estes.fr)  
ou sur le site [www.issm.asso.fr](http://www.issm.asso.fr)  
et à retourner par voie postale, accompagné des pièces jointes, au :

**Pôle de Ressources Régional  
pour la Promotion du Travail Educatif et Social**

**SITE DE MULHOUSE**

ISSM - 4 rue de Schlumberger  
BP 73196 - 68064 MULHOUSE CEDEX  
Tél : +33 3 89 33 20 00 - Fax : +33 3 89 59 59 98  
l.mathieu@issm.asso.fr  
**Siège social**

**SITE DE STRASBOURG**

ESTES - 3 rue Sédillot  
BP 44 - 67065 STRASBOURG CEDEX  
Tél : +33 3 88 21 19 90 - Fax : +33 3 88 21 19 99  
formation-continue@estes.fr  
**Centre de gestion**

Association Pôle de Ressources Régional pour la Promotion du Travail Éducatif et Social

**ETAT CIVIL**

Nom et prénom : Mme  Mlle  M.  .....

Nom de jeune fille : .....

Date et lieu de naissance (pays) : le ..... à .....

Nationalité : .....

Situation familiale : célibataire  Marié(e)  Autre  précisez.....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

N° téléphone personnel : ..... Portable : .....

N° téléphone professionnel : .....

Courriel : .....

**SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE**

Fonction exercée : .....

Date d'entrée : .....

Employeur : .....

**Siège social :**

Nom du directeur : Mme  Mlle  M.  .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

N° téléphone : ..... N° fax : .....

Courriel : .....

**Lieu d'exercice professionnel (si différent) :**

Nom du directeur : Mme  Mlle  M.  .....

Dénomination de l'établissement : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

N° téléphone : ..... N° fax : .....

Courriel : .....

**ACTIVITE DE MANDATAIRE**

**Activité de mandataire, de préposé ou de délégué à la tutelle :**

OUI  NON

**SI OUI : Date du début d'activité :** .....

**Première mesure :** .....

**PRINCIPAUX DIPLOMES SCOLAIRES, PROFESSIONNELS, UNIVERSITAIRES**

Intitulé du diplôme	Date d'obtention	Lieu de formation

**PRINCIPALES EXPERIENCES PROFESSIONNELLES**

Fonction	Date de début	Durée	Employeur

**MODE DE FINANCEMENT ENVISAGE**

- Organisme employeur .....  
 Congé Individuel de Formation (UNIFAF, AGEFOS, UNIFORMATION, etc)  
 A titre personnel  
 Autre, précisez.....

**SIGNATAIRE DE LA CONVENTION DE FORMATION (OPCA OU EMPLOYEUR)**

Mme  Mlle  M.   
 Nom et fonction du signataire :  
 .....  
 Dénomination de l'établissement  
 .....  
 N° téléphone : ..... N° fax : .....  
 Courriel : .....

**MODE D'ENTREE EN FORMATION**

- formation continue (en situation d'emploi)  
 formation initiale (étudiant)  
 demandeur d'emploi

**Tout dossier expédié après la date de clôture (cachet de la poste faisant foi) ou incomplet ne pourra pas être pris en compte par le Pôle Ressources**

Date et signature :