DOSSIER DE RECRUTEMENT

DE FAMILLE D’ACCUEIL EMPLOYEE PAR LE DEPARTEMENT

DU PAS-DE-CALAIS

DATE D’AGREMENT Assistant(e) Familial(e) :

(joindre une copie de l’arrêté)

DEPARTEMENT D’OBTENTION :

NOMBRE D’ACCUEIL AUTORISE PAR L’AGREMENT :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

#### I – IDENTIFICATION DE LA FAMILLE D’ACCUEIL

Adresse : CP Ville

N° tél.

N° portable

Adresse électronique : @

a) L’Assistant(e) Familial (e) :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Situation familiale :

❑ Marié(e) ❑ Pacsé (e) ❑ Divorcé(e) ❑ Célibataire ❑ Vie maritale ❑ Veuf(ve)

Niveau d’études, diplômes :

Situation Professionnelle actuelle :

En cas d’exercice d’une activité, envisagez-vous de solliciter un cumul d’emploi ? ❑ oui ❑ non

b) Conjoint(e) :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Niveau d’études, diplômes :

Profession:

Lieu de travail :

c) Enfant vivant au domicile à temps plein ou à temps partiel :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Date de naissance | Lieu de naissance | Scolarité  ou activité professionnelle | Préciser si au foyer ou hors foyer |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

e) Enfant vivant hors foyer :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Date de naissance | Lieu de naissance | Scolarité  ou activité professionnelle | Préciser si au foyer ou hors foyer |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

d) Autre personne vivant au foyer (mineurs et majeurs) :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Date de naissance | Lieu de naissance | Lien de parenté | Scolarité ou activité professionnelle |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

##### II- PROJET D’ACCUEIL DE L’ASSISTANT(E) FAMILIAL(E)

Quel accueil vous semble le mieux adapté à vos composition et dynamique familiales ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Quelles seraient les raisons qui pourraient freiner l’accueil d’un enfant à votre domicile ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Qu’est ce qui pourrait vous mettre en difficultés pendant l’accueil d’un enfant ?

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Je certifie l’exactitude des renseignements fournis et je m’engage à accompagner ce dossier de candidature d’un curriculum vitae et d’une lettre de motivations.**

**A le**

**Signatures :**

de l’Assistant(e) Familial(e)

Du (de la) conjoint(e),

Conformément à l’article 27 de la loi « informatique et libertés » du 6 Janvier 1978, les informations recueillies dans le présent questionnaire ont un caractère obligatoire pour le traitement de votre demande. Vous disposez d’un droit d’accès et de rectification aux données vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser par courrier au Bureau de l’Accueil Familial, Formation et Recrutement Hôtel du Département, 62018 ARRAS Cedex 09.

**JUSTIFICATIFS A FOURNIR**

Afin que votre dossier de recrutement soit complet et puisse être instruit, merci de bien vouloir joindre à ce dernier les justificatifs ci-dessous :

* Une photocopie recto/verso de votre pièce d’identité
* Votre CV
* Une lettre de motivation
* Une copie de votre arrêté d’agrément d’assistant familial
* Le certificat médical, ci-joint, complété et signé par votre médecin

Je soussigné, ………………………………………………………………………………………………………

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Madame, Monsieur (1) ……………………………………………………………………………………………

NOM : …………………………………………………………………………………………………………….

NOM de jeune fille : ………………………………………………………………………………………………

Prénom : …………………………………………………………………………………………………………...

Date de naissance : ………………………………………………………………………………………………...

Candidat(e) **au poste d’Assistant Familial** pour le Département du Pas-de-Calais.

L’examen s’est attaché au dépistage des affections physiques ou mentales incompatibles avec l’exercice de ses fonctions.

Le contrôle et la mise à jour des vaccinations obligatoires et la recherche de signes évocateurs de la tuberculose ont été réalisés.

L’état de santé de l’intéressé(e)

* LUI PERMET (1)
* NE LUI PERMET PAS (1)

d’accueillir habituellement des mineurs.

Fait à ………………………………………………. , le ………………………………………………………..

(1) RAYER LES MENTIONS INUILES