

**Association Brin de Soleil**

14 allée des pentes de l'Antonnière

72650 Aigné

☎ : 02 43 28 06 35

✉ : gestion-du-personnel@brin-de-soleil.fr

www.brin-de-soleil.fr

Votre  
photo  
**(Obligatoire)**  
Photocopie  
acceptée

# FICHE DE CANDIDATURE

## Eté 2020

*Pour que nous puissions traiter au mieux votre dossier et vous orienter vers un séjour adapté à vos compétences, nous vous demandons de répondre précisément aux questions posées ci-dessous. (1) : **Entourez votre réponse !***

### Renseignements administratifs

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Département de naissance :

N° de sécurité sociale :

**(Obligatoire)**

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

N° tél. fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ n° tél. portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Langues parlées : \_\_\_\_\_

Avez-vous un régime alimentaire spécifique ? \_\_\_\_\_

*(Info pour les repas pendant les journées de préparation)*

N° Permis : \_\_\_\_\_ Date d'obtention : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**(Fournir obligatoirement une photocopie)** Délivré par (ex préfet 72): \_\_\_\_\_

De combien de points disposez-vous ? \_\_\_\_\_

Combien de kilomètres parcourez-vous ? \_\_\_\_\_ Km/jour \_\_\_\_\_ Km/semaine

Avez-vous conduit sur de longues distances ? Oui - Non (1) Combien Km Maxi : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà conduit un véhicule 9 places ? (Permis B) : Oui - Non (1)

Pourriez-vous en conduire un ? Oui - Non (1)

Disposez-vous d'un GPS ou d'une application sur votre téléphone ? Oui - Non (1)

*Si non merci de vous munir d'un GPS obligatoirement pour le séjour.*

Avez-vous une complémentaire santé ? Oui - Non (1)

**ou**

Avez-vous la Couverture Maladie Universelle (CMU) ? Oui - Non (1)

**Si non, vous devrez souscrire à la mutuelle de Brin de Soleil.**

Personne à prévenir en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Coordonnées téléphonique : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ou \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Formations et Expériences

Quelle est votre situation actuelle ?  étudiant (e)  salarié(e)  autre \_\_\_\_\_

Intitulé de votre formation ou emploi : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement (actuel) de formation : \_\_\_\_\_

Etes-vous titulaire de **BAFD** ? Oui - Non (1) <sup>ou</sup> En cours de Formation? Oui - Non (1)

Etes-vous titulaire du **BAFA** ? Oui - Non (1) <sup>ou</sup> En cours de Formation? Oui - Non (1)

Etes-vous titulaire de l'**AFPS ou PSC1** ? Oui - Non (1)

*Si OUI, veuillez nous joindre obligatoirement une photocopie du BAFA, BAFD et AFPS ou PSC1.*

Avez-vous une expérience dans l'animation ? Oui - Non (1)

Laquelle : \_\_\_\_\_

Avez-vous travaillé auprès d'adultes déficients intellectuels ? Oui - Non (1)

Si oui, dans quelle structure ?

Avez-vous déjà effectué une toilette ou un accompagnement ? Oui - Non (1)

Si non, vous sentez vous capable de faire accompagnement ? Oui - Non (1)

Comment avez-vous connu l'Association Brin de Soleil ?

Affiches ou flyers BDS - **Où ?** \_\_\_\_\_  Facebook

Site Internet (quel site ?) : \_\_\_\_\_

Bouche à oreilles (famille, amis, ancien animateurs...)

Forum - **où ?** \_\_\_\_\_  Parrainage : \_\_\_\_\_

## Disponibilités

du 01/08/2020 au 15/08/2020 ? Oui - Non (1)

du 08/08/2020 au 22/08/2020 ? Oui - Non (1)

du 15/08/2020 au 29/08/2020 ? Oui - Non (1)

## Documents et Renseignements à fournir

Curriculum Vitae

RIB

Copie permis conduire Recto Verso

Extrait N°3 du casier judiciaire

Copie des diplômes (BAFA, BAFD, AFPS ou PSC1)

1 Photo d'identité

Copie de la carte mutuelle ou attestation CMU

Quelles sont vos motivations pour encadrer des adultes déficients intellectuels ?

---

---

---

---