



Dossier de candidature Septembre 2026 | septembre 2027

Promo LP G3SMS 2026

Licence professionnelle Niveau 6 : LP11502A | RNCP40290

Domaine : Droit, Economie, Gestion

Mention : Management et gestion des organisations

Parcours : **Gestion des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux**

| Date commission d'admissibilité :

| Décision commission d'admissibilité :

A retourner par mail avec les pièces à joindre EN UN SEUL FICHER pdf

Cnam Paca

Magali DECUGIS

Tel : 06 99 40 87 23

magali.decugis@lecnam.net

<http://www.cnam-paca.fr>

(Coller ici votre photo)

| Nom :

| Prénom :

| Fonction actuelle :

Pièces à joindre au dossier

- ✓ 1 rapport d'expérience de 2 pages maximum présentant votre parcours professionnel, votre projet professionnel et vos motivations pour suivre la licence
- ✓ 1 curriculum vitae
- ✓ 1 photo
- ✓ Photocopie des derniers diplômes
- ✓ Photocopie de la pièce d'identité ou du passeport
- ✓ Certificats de travail justifiant d'au moins 3 ans d'expérience professionnelle dans le secteur sanitaire, social ou médico-social
- ✓ Pour les candidats en BTS et en recherche d'un contrat d'apprentissage : bulletins de notes

Merci de remplir précisément chacune des rubriques



Identification du stagiaire

| Madame : ☐ Monsieur : ☐

| Nom :

| Prénom :

| Nom de naissance :

| Nationalité :

| Date de naissance :

| Lieu et département de naissance :

| Adresse personnelle :

|

| Code postal et ville :

| Mail personnel :

| Téléphone personnel :

| Situation actuelle :

| Statut : Salarié.e ☐ demandeur d'emploi ☐ en recherche d'un contrat d'apprentissage ☐ autre :

Identification de l'employeur

| Nom établissement :

| Nom association, groupe ... :

| Type d'établissement :

| Type de publics accueillis, accompagnés ... :

| Nom responsable :

| Fonction :

| Mail :

|

Diplômes (par ordre décroissant)

Année	Etablissement	Diplôme	Mention

Résumé de la trajectoire professionnelle (par ordre décroissant)

Date d'entrée	Durée	Organisme	Fonction et nature des tâches effectuées

Fonction actuelle

Décrivez le plus précisément possible la nature des différentes tâches et missions que vous effectuez dans le cadre de votre fonction actuelle.



Modalités financières | Salarié.e ou apprenti.e

Droit d'inscription : 8 000 €

☐ **CPF + Abondement employeur**

| Montant CPF pris en charge par le bénéficiaire :

| Montant complémentaire pris en charge par employeur :

| Nom de l'entreprise/établissement :

| Code postal Ville :

| Contact :

| Téléphone :

| Mail :

☐ **Plan de développement des compétences**

| Nom de l'entreprise/établissement :

| Code postal Ville :

| Contact :

| Téléphone :

| Mail :

☐ **Contrat d'apprentissage**

| Nom de l'entreprise/établissement :

| Code postal Ville :

| Contact :

| Téléphone :

| Mail :

AUTRES CAS (A préciser) :

Attestation de prise en charge employeur

A remplir par l'employeur

| Je soussigné(e) Mme/M :

| Fonction :

| atteste la prise en charge des frais de formation de Mme/M. :

| pour un montant de :

| Contact :

| Fait à : le :

| Mail :

Signature et cachet de l'employeur



Modalités financières | Demandeur d'emploi **Droit d'inscription : 8 000 €**

☐ **CPF + Abondement France Travail**

| Montant CPF pris en charge par le bénéficiaire :

| Demande de montant complémentaire pris en charge par France Travail :

| Nom de l'agence :

| Code postal Ville :

| Contact :

| Téléphone :

| Mail :

☐ **Contrat de professionnalisation**

1 | Agence France Travail de rattachement

| Nom de l'agence :

| Code postal Ville :

| Contact :

| Téléphone :

| Mail :

2 | Entreprise/établissement

| Nom de l'entreprise/établissement :

| Code postal Ville :

| Contact :

| Téléphone :

| Mail :

Modalités financières | Demandeur d'emploi sans aucune prise en charge
Droit d'inscription : 4 000 €

☐ **CPF + Abondement individuel**

| Montant CPF pris en charge par le bénéficiaire :

| Montant complémentaire pris en charge individuellement par le demandeur d'emploi :

☐ **AUTO-FINANCEMENT**

☐ **AUTRES CAS (A préciser)**