

DOSSIER D’INSCRIPTION UCARE BPE EDUCATEUR CANIN 2025

UCARE Médiation Canine ✓ 70 heures ✓ 1050 euros

du 10 au 21 mars 2025

du 2 au 13 juin 2025

UCARE Olfaction Canine

du 10 au 21 mars 2025 ✓ 70 heures ✓ 1050 euros

du 21 au 27 avril 2025 ✓ 35 heures ✓ 525 euros

UCARE Pension Canine ✓ 70 heures ✓ 1050 euros

du 10 au 21 mars 2025

IDENTITE DU STAGIAIRE

Monsieur Madame (barrez les mentions inutiles)

NOM :

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :

Nom de naissance :

Date de naissance : Lieu de naissance : Dépt. :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

E-mail:

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Financement personnel
 Je joins un chèque d’un montant de :
 Chèque numéro :

Protection sociale : Sécurité sociale MSA Autre (précisez) :

N° de Sécurité Sociale ou MSA :

Reconnu Travailleur Handicapé : oui non

Votre situation actuelle : Demandeur d’emploi Salarié (e) Autre précisez) :

Inscrit(e) à France Travail : Oui Non **Adresse de votre Agence** :

Nom de votre conseiller (ère) :

N° d’identifiant (à renseigner obligatoirement pour les demandeurs d’emploi) :

Nom de l’organisme qui gère votre dossier de financement (Pôle Emploi, Mission Locale ...):

Compte Personnel de formation

Numéro de dossier :

Entreprise

Coordonnées de l’entreprise :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Numéro de téléphone : Mail :

Nom du responsable de l’entreprise :

A renseigner si différent de l’entreprise :

Numéro de téléphone du responsable : Mail :

A renseigner si différent du responsable de l’entreprise :

Nom du responsable formation :

Numéro de téléphone du responsable : Mail :

Autre (Précisez) :

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DOSSIER

1 copie de la carte d’identité (recto et verso) **en cours de validité** ou la copie du récépissé de dépôt d’une nouvelle demande de carte d’identité

- 1 copie de l’attestation **de protection sociale (CPAM ou MSA) en cours de validité** avec votre nom et votre numéro de sécurité sociale.
- 1 attestation d’assurance à votre nom faisant apparaître la responsabilité civile pour toute la durée de la formation (assurance habitation).
- 1 copie du certificat individuel de participation ou d’exemption à la journée d’appel de préparation à la défense (Si moins de 25 ans)
- Notification M.D.P.H dans le cas d’une reconnaissance R.Q.T.H

Partie réservée à l'administration

Rémunération : AREF CR Employeur Autre

Financement :

	Montant
CPF	
France Travail	
Autofinancement	
Autres	