



V2017 Nom

Prénom

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'EQUIVALENCE DE DIPLOMES**

**Auxiliaire de soins territorial principal de 2^{ème} classe
Spécialité aide médico-psychologique**

Important

Avant de faire une demande d'équivalence de diplôme et donc de commencer à remplir le dossier ci-après, merci de lire attentivement le texte ci-dessous.

En application des dispositions du décret n° 2007-196 du 13 février 2007, la commission procède à une comparaison des titres ou diplômes présentés, et éventuellement du contenu de l'expérience professionnelle, au regard du référentiel du diplôme requis pour l'accès au concours.

S'agissant d'auxiliaire de soin territorial principal de 2ème classe, le diplôme requis est un diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique. Ce diplôme a néanmoins été remplacé par le diplôme d'état d'accompagnant éducatif et social (Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016). Tous les titulaires de ce nouveau diplôme pourront donc s'inscrire directement au concours.



V2017 Nom

Prénom

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES**
Auxiliaire de soins territorial principal de 2^{ème} classe
Spécialité aide médico-psychologique

Renseignements concernant votre identité

| | | | |
|--|--------------------|-------------------------------------|--|
| M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> | Nom de naissance : | | |
| Nom d'épouse : | | Prénom : | |
| Date de naissance : | | Ville et département de naissance : | |
| Adresse personnelle : | | | |
| Code postal : | | Ville : | |
| Tél. mobile/personnel : | | Tél. professionnel : | |
| Courriel : | | | |

Renseignements concernant votre demande d'équivalence

Si vous exercez dans le secteur public, veuillez renseigner les rubriques suivantes :

- Vous êtes : Titulaire Stagiaire Non titulaire
Contrat aidé (CAE, CAV, Contrat d'apprentissage, PACTE, emploi-jeune)
- Vous exercez dans la fonction publique :
territoriale Etat hospitalière européenne autre
- Depuis quelle date ? :

Dans la négative, veuillez indiquer de quelle rubrique vous relevez :

- secteur privé étudiant sans emploi autre (précisez) :
- Depuis quelle date ? :

Coordonnées de la commission d'équivalence de diplômes

Que vous soyez titulaire d'un diplôme délivré en France ou à l'étranger

Centre national de la fonction publique territoriale

Secrétariat de la commission nationale d'équivalence de diplômes

80, rue de Reuilly

CS 41232

75578 Paris cedex 12

Téléphone : 01 55 27 41 89 - Courriel : red@cnfpt.fr



V2017 Nom

Prénom

DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES

Auxiliaire de soins territorial principal de 2^{ème} classe
Spécialité aide médico-psychologique

J'autorise le secrétariat de la commission à :

- utiliser mon adresse courriel pour communiquer avec moi ou solliciter toute information concernant la présente demande ;
- transmettre éventuellement aux organisateurs du concours des informations sur les étapes de l'instruction de ma demande et sur la décision prise par la commission.

J'atteste être informé(e) de ce que :

- je dois communiquer la décision de la commission à l'organisateur du concours ;
- la commission est déconnectée des dates des concours et que de ce fait, il m'appartient de déposer ma demande d'équivalence le plus tôt possible avant la période d'inscription au concours ;
- la commission se réserve la possibilité de vérifier l'exactitude de mes déclarations ;
- en cas de décision favorable de la commission, cette décision vaudra également pour toutes mes demandes ultérieures d'inscription au même concours que celui pour lesquels elle a été rendue ou à un concours pour lequel la même condition de qualification est requise, sous réserve que ne soit intervenue une modification législative ou réglementaire de nature à remettre en cause l'équivalence accordée.
- en cas de décision défavorable de la commission, je ne pourrais présenter une nouvelle demande d'équivalence de diplôme dans le délai d'un an suivant la notification de cette décision négative
- aucun élément de mon dossier ne me sera restitué et je dois en conserver une copie avant envoi.
- toute fausse déclaration de ma part entraînera l'application des articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

J'atteste que toutes les informations données dans le présent document et pièces qui l'accompagnent sont exactes.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique au présent dossier. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.

Fait à _____ le _____
Signature (précédée de la mention «lu et approuvé »)

NB : Vous pourrez consulter le résultat des dossiers passés en commission sur le site internet du CNFPT : <http://www.cnfpt.fr/evoluer/commission-dequivalence-diplomes/national>. Le n° de votre dossier est indiqué dans le courrier d'accusé réception qui vous aura été adressé par le secrétariat de la commission d'équivalence de diplôme lors de l'enregistrement de celui-ci. Seule la décision qui vous sera notifiée par courrier aura une valeur juridique !

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES****Auxiliaire de soins territorial principal de 2^{ème} classe
Spécialité aide médico-psychologique**

Pièces minimales à fournir avec le présent dossier

(Conservez une copie de votre dossier, ce dernier ne vous sera pas restitué)

Cette liste n'est pas exhaustive et la commission peut demander toute autre pièce ou information qu'elle jugera utile au regard du dossier fourni.

Si vous rencontrez des difficultés à réunir l'ensemble de ces pièces, n'hésitez pas à contacter le secrétariat.

Avez-vous fourni l'ensemble des pièces nécessaires à l'étude de votre demande ?

- UN CURRICULUM VITAE A JOUR**, partant de l'emploi le plus récent vers le plus ancien. (Pour les titulaires de diplômes d'enseignement supérieurs indiquez sur votre CV tous les diplômes obtenus).
- La copie de votre **PIECE D'IDENTITE**.
- La copie de **TOUS LES DIPLÔMES** détenus (CAP, BEP, Baccalauréat...).
- Le **CONTENU DES DIPLÔMES** par unités d'enseignement (U.E).
- Le projet pédagogique (uniquement pour les concours de la filière artistique)
- Intitulé, sommaire, introduction et conclusion des **MEMOIRES DE LICENCE et MASTER** (M1/maitrise et master).
- Les attestations de stage et de formation continue (le cas échéant).
- La copie des justificatifs des expériences dont vous sollicitez la reconnaissance : **CONTRATS DE TRAVAIL, ARRÊTES ou CERTIFICATS DE TRAVAIL**.
- Une ou des **FICHES DE POSTES ATTESTEES et SIGNEES** par votre employeur, pour les expériences dont vous sollicitez la reconnaissance. **Ces documents doivent indiquer clairement la nature des missions confiées et leur durée ainsi que la description des activités.**
- FICHES D'ENTRETIENS D'EVALUATIONS** de votre structure/société.
- L'ORGANIGRAMME** de votre structure/société : **surlignez votre positionnement sur ces derniers.**

Pour les candidats titulaires de diplômes étrangers et/ou justifiant d'une expérience professionnelle réalisée à l'étranger : les diplômes, titres et attestations doivent avoir été délivrés par une autorité compétente, **Les documents, y compris ceux concernant l'expérience professionnelle doivent être présentés, le cas échéant, dans une traduction en français établie par un traducteur assermenté.**

ATTENTION

- Ne pas brocher les documents, ne pas les mettre dans un classeur ou dans un lutin
- Ne pas joindre tous vos bulletins de salaires
- Ne pas envoyer de supports numériques (CD, DVD et clé USB)
- Ne pas envoyer d'originaux



V2017 Nom

Prénom

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES**
Auxiliaire de soins territorial principal de 2^{ème} classe
Spécialité aide médico-psychologique

1. Votre parcours diplômant (titres/diplômes)

1.1 Parcours déjà réalisé (vous pouvez ajouter au tableau autant de lignes que nécessaires en le photocopiant)

| N° | Dates de formation (du.....au.....) | Intitulé de la formation | Durée totale en heures | Nom et ville de l'organisme de formation | Attestation, certificat ou diplôme obtenu Année d'obtention | Niveau du diplôme* |
|----------------------------------|--|--------------------------|---------------------------|---|---|-----------------------|
| Diplômes | | | | | | |
| D1 | | | | | | |
| D2 | | | | | | |
| D3 | | | | | | |
| D4 | | | | | | |
| Autres formations suivies | | | | | | |
| F1 | | | | | | |
| F2 | | | | | | |
| F3 | | | | | | |

*inférieur au bac : niveau V, bac : niveau IV, bac+2 : niveau III, licence, maîtrise : niveau II, master 2 et plus : niveau I

1.2 Pensez-vous qu'il soit nécessaire que vous suiviez d'autres formations ? Non Oui Lesquelles ? Argumentez en quelques lignes

NB : Tout diplôme devra être produit sous peine de ne pas être pris en compte par la commission.



V2017 Nom

Prénom

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES**

**Auxiliaire de soins territorial principal de 2^{ème} classe
Spécialité aide médico-psychologique**

2. Votre parcours professionnel

(Vous pouvez ajouter au tableau autant de lignes que nécessaire en le photocopiant)

Activités salariées – non salariées – bénévoles

| N° | Période (du..... au.....) | Votre fonction | Temps plein ou % temps partiel | Nom et adresse de l'employeur | (1) | Activité principale de l'établissement |
|----|---------------------------------|----------------|---|----------------------------------|-----|---|
| E1 | | | | | | |
| E2 | | | | | | |
| E3 | | | | | | |
| E4 | | | | | | |
| E5 | | | | | | |
| E6 | | | | | | |

(1)

Si vous exercez dans le secteur public, précisez votre qualité : titulaire, stagiaire, non titulaire ou contrat aidé (de type CAE, CAV, Contrat d'apprentissage, PACTE, emploi-jeune)

Si vous exercez dans le secteur privé, précisez si vous êtes salarié(e) d'une grande entreprise, d'une PME, d'une association ou travailleur indépendant, profession libérale, artisan, commerçant, autre

Si vous n'êtes pas salarié(e), précisez si vous êtes sans emploi, étudiant, bénévole



V2017 Nom

Prénom

DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES
Auxiliaire de soins territorial principal de 2^{ème} classe
Spécialité aide médico-psychologique

3. Le contenu des activités professionnelles exercées

1 feuille d'activités par emploi

3.1. Décrivez les activités et les tâches que vous avez prises en charge dans les périodes déclarées en page 6 :

| Liste des activités | % du temps passé à ces activités | Tâches qui en découlent |
|---------------------|----------------------------------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| TOTAL | 100 % | |



**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES**

**Auxiliaire de soins territorial principal de 2^{ème} classe
Spécialité aide médico-psychologique**

4. Vos connaissances, compétences et aptitudes

4.1 compétence1 : connaissance de la personne et accompagnement et aide individualisée dans la vie quotidienne :

Vous avez acquis cette compétence par la formation

Nom du diplôme ou de la formation donnant cette compétence. Indiquez, si possible, le nom de l'unité d'enseignement concernée :

.....

Vous avez acquis cette compétence par l'expérience

N° de l'emploi (page 5) qui vous a permis de l'acquérir :

Décrivez en quelques lignes comment vous avez mis en œuvre cette compétence dans votre expérience et indiquez la ou les technique(s) employées :

4.2 Compétence 2 : animation de la vie sociale et relationnelle de la personne :

Vous avez acquis cette compétence par la formation

Nom du diplôme ou de la formation donnant cette compétence. Indiquez, si possible, le nom de l'unité d'enseignement concernée :

.....

Vous avez acquis cette compétence par l'expérience

N° de l'emploi (page 5) qui vous a permis de l'acquérir :

Décrivez en quelques lignes comment vous avez mis en œuvre cette compétence dans votre expérience et indiquez les publics concernés :



**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES**
Auxiliaire de soins territorial principal de 2^{ème} classe
Spécialité aide médico-psychologique

4.3 Compétence 3 : soutien médico psychologique

Vous avez acquis cette compétence par la formation

Nom du diplôme ou de la formation donnant cette compétence. Indiquez, si possible, le nom de l'unité d'enseignement concernée :

.....

Vous avez acquis cette compétence par l'expérience

N° de l'emploi (page 5) qui vous a permis de l'acquérir :

Décrivez en quelques lignes comment vous avez mis en œuvre cette compétence dans votre expérience et indiquez les publics concernés :

4.4 Compétence 4 : mise en place et suivi d'un projet personnalisé

Vous avez acquis cette compétence par la formation

Nom du diplôme ou de la formation donnant cette compétence. Indiquez, si possible, le nom de l'unité d'enseignement concernée :

.....

Vous avez acquis cette compétence par l'expérience

N° de l'emploi (page 5) qui vous a permis de l'acquérir :

Décrivez en quelques lignes comment vous avez mis en œuvre cette compétence dans votre expérience et indiquez les publics concernés :



V2017 Nom

Prénom

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES**
Auxiliaire de soins territorial principal de 2^{ème} classe
Spécialité aide médico-psychologique

4.5 Compétence 5 : intégration du projet dans la vie institutionnelle

Vous avez acquis cette compétence par la formation

Nom du diplôme ou de la formation donnant cette compétence. Indiquez, si possible, le nom de l'unité d'enseignement concernée :

.....

Vous avez acquis cette compétence par l'expérience

N° de l'emploi (page 5) qui vous a permis de l'acquérir :

Décrivez en quelques lignes comment vous avez mis en œuvre cette compétence dans votre expérience et indiquez les publics concernés :