

FICHE DE POSITIONNEMENT CANDIDAT

Voie de la formation

Titre à finalité professionnelle

Assistant dentaire

RNCP38144 – Date de publication de la décision d'enregistrement au RNCP : 18/10/2023

PARTIE 1 : INFORMATIONS RELATIVES À VOTRE CANDIDATURE

Complétez la partie 1 de la fiche et préparez les documents et pièces administratives requises (liste en fin de fiche) en vue de votre entretien de positionnement avec le centre de formation. Votre entretien se déroulera préalablement à votre inscription à la formation et aux épreuves et permettra de définir votre parcours de formation et d'accès au Titre Assistant Dentaire.

MES INFORMATIONS PERSONNELLES

CIVILITÉ	☒ Mme ☐ M. ☐ Autre / Non-genré
NOM DE NAISSANCE (Tel qu'indiqué sur votre pièce d'identité)	Lethuiller
NOM D'USAGE (Si différent de votre nom de naissance)	Lethuiller
PRÉNOM (Tel qu'indiqué sur votre pièce d'identité)	Gilda
DATE ET LIEU DE NAISSANCE Ville et n° département / pays (si à l'étranger)	Date : 27/06/1996 Ville : Aubagne Code postal (ville de naissance) : 13400 Pays : France ☒ France ☐ Autre (précisez) :
ADRESSE MAIL TELEPHONE	@ : gilda.lethuiller.b@gmail.com Tél : 06 09 53 93 51
ADRESSE PERSONNELLE	14 boulevard des moulins Ville : 13620 Code postal : Cassey-le-haut
N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (NIR)	2 96 06 13 00 5 116 10
N° D'IDENTIFIANT PÔLE EMPLOI (Pour les personnes de plus de 26 ans)	

MES QUALIFICATIONS / DIPLÔMES / CERTIFICATIONS

Dernier diplôme obtenu / validé (Cochez la case correspondante) ☐ Aucun diplôme validé / obtenu à ce jour ☐ Niveau 2 - Diplôme national du Brevet ☐ Niveau bac - échec à l'examen ☐ Niveau 3 - CAP / BEP ou autre ☒ Niveau 4 - Bac général, Techno ou Pro, etc. ☐ Niveau 5 - BTS / DUT / DEUG, etc. ☐ Niveau 6 - Licences / BUT / Maîtrise ☐ Niveau 7 - Master 2 ou équivalent ☐ Niveau 8 - Doctorat ou équivalent ☐ Autre (ex. : diplôme de chirurgien-dentiste étranger)	Précisez le nom exact du dernier diplôme obtenu (Ou qualification / certification professionnelle / Titre / Titre professionnel) <u>Nom exact : Bac T gestion - finance</u> (Ex. : Bac Pro accompagnement soins et services à la personne) <u>Pays d'obtention du diplôme : France</u> ☒ France ☐ Autre (précisez) :
Je suis titulaire du CQP Aide dentaire	☒ NON ☐ OUI (obtenu avant le 31 décembre 2023) ☐ OUI (obtenu après le 31 décembre 2023)

Je suis titulaire d'un diplôme permettant d'exercer en France les professions ci-dessous :

Cochez la case correspondante	OUI	NON	Cochez la case correspondante	OUI	NON
Infirmier*		X	Auxiliaire de puériculture*		X
Masseur-kinésithérapeute *		X	Ambulancier*		X
Pédicure-podologue*		X	Assistant de régulation médicale*		X
Ergothérapeute*		X	Technicien de laboratoire médical*		X
Psychomotricien*		X	Audioprothésiste*		X
Dietéticien*		X	Opticien-lunetier*		X
Manipulateur d'électroradiologie médicale		X	Prothésiste / orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées*		X
Orthoptiste*		X	Préparateur en pharmacie hospitalière		X
Orthophoniste*		X	Auxiliaire vétérinaire qualifié		X
Aide-soignant*		X			

* Diplômes mentionnés aux titres Ier à VII et IX du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique.

Je suis titulaire de l'attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 (AFGSU 2)

☒ NON ☐ OUI Date de validation / d'obtention :

Je dispose d'autres attestations, qualifications, habilitations ou certificats

☒ NON ☐ OUI :
Nom de l'attestation / qualification / habilitation, etc. :

Date d'obtention :

MON EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE AVANT MON ENTRÉE EN FORMATION D'ASSISTANT DENTAIRE

La dernière activité professionnelle que j'ai exercée :
Cochez la ou les cases correspondant à votre situation avant la formation

☐ **Aucune**, je sors d'une formation scolaire (lycée, école, Fac, etc.) et n'ai jamais travaillé avant aujourd'hui.

☐ **Aucune**, je n'ai jamais exercé d'activité professionnelle avant aujourd'hui.

☒ **J'ai uniquement exercé dans le cadre de ma formation en alternance** (contrat de pro ou d'apprentissage) :
Diplôme visé :

Métier / activité professionnelle exercée : *prothésiste dentaire 3 ans / alternance.*

☐ **J'ai exercé la profession / le métier ci-dessous en France, mais ne l'exerce plus aujourd'hui :**
Durée d'expérience (en mois ou en années) :

Nom du métier :

Nom et adresse de l'employeur :

☐ **Je suis en emploi à ce jour et j'exerce mon activité professionnelle / mon métier en France :**
Durée d'expérience (en mois ou en années) :

Nom du métier :

Nom et adresse de l'employeur :

☐ **J'ai exercé la profession / le métier ci-dessous à l'étranger, mais ne l'exerce plus aujourd'hui :**
Durée d'expérience (en mois ou en années) :

Nom du métier :

☒ **Autre, précisez :** *vendeuse parfums chez Dior en province avant mon alternance.*

MON STATUT AU MOMENT DE L'INSCRIPTION EN FORMATION D'ASSISTANT DENTAIRE

CPNEFP de la branche professionnelle des cabinets dentaires
APCDL - 54 rue ampère, 75017 Paris

Au moment où je remplis cette fiche, je suis :

☒ **En formation :**

Je suis une formation en lycée, en école ou à l'université. Je suis élève / étudiant / apprenti / en contrat de pro.

☐ **En recherche d'emploi :**

Je ne travaille pas et j'ai le statut de « demandeur d'emploi »

☐ **Inactif :**

Je suis retraité ou arrêté pour raison de santé ou sans activité professionnelle (sans le statut de demandeur d'emploi)

☐ **Actif occupé hors alternance :**

Je travaille en tant que salarié ou indépendant, mais je ne suis pas en contrat de professionnalisation ou d'apprentissage.

MES BESOINS SPÉCIFIQUES

Remarque :

Quelle que soit votre situation, vous n'êtes pas dans l'obligation de répondre à cette partie de la fiche.

Les informations que vous pourrez éventuellement nous transmettre resteront totalement confidentielles et ne seront pas divulguées en dehors du seul cadre de votre entretien de positionnement sans votre accord écrit et explicite.

Ces informations visent à mieux vous accompagner tout au long de votre parcours visant le Titre Assistant Dentaire. Selon votre situation, et uniquement si vous le désirez et selon vos besoins individuels et spécifiques, il est possible de mettre en œuvre des aménagements de votre parcours de formation et/ou des adaptations des modalités d'évaluation dans le cadre de la compensation de situation de fragilité ou de handicap.

Pour tout complément d'information, vous pouvez contacter le référent du centre de formation par téléphone au :
ou par mail à l'adresse suivante :

Situation de fragilité et aménagements de mon parcours

	☒ NON
Je dispose d'une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH)	☐ OUI, mais je ne souhaite pas la préciser à l'écrit ☐ Oui, elle concerne : ☐ Je ne souhaite pas répondre
Je dispose d'une notification (MDPH ou avis médical) en lien avec une situation de handicap ou de fragilité	☒ NON ☐ OUI, mais je ne souhaite pas la préciser à l'écrit ☐ Oui, elle concerne : ☐ Je ne souhaite pas répondre
Je souhaite que mon tuteur / maître d'apprentissage / employeur en soit informé	☒ NON, en aucun cas je ne souhaite qu'il soit informé ☐ OUI, mais je lui transmettrai l'information personnellement ☐ Oui, j'accepte que le centre de formation échange de ma situation avec mon tuteur / maître d'apprentissage / employeur
Je souhaite faire valoir mes droits à l'aménagement de mon parcours de formation au regard de mes besoins spécifiques	☒ NON, à ce jour je ne le souhaite pas. ☐ OUI, je souhaite bénéficier des aménagements / adaptations de mon parcours de formation ☐ Je ne sais pas, je souhaite en échanger avec le centre de formation
Je souhaite faire valoir mes droits à l'adaptation des modalités d'évaluation des épreuves du Titre Assistant Dentaire au regard de mes besoins spécifiques	☒ NON, à ce jour je ne le souhaite pas. ☐ OUI, je souhaite bénéficier des aménagements / adaptations des modalités d'évaluation des épreuves ☐ Je ne sais pas, je souhaite en échanger avec le centre de formation

Mes besoins pour la formation

Ma représentation du métier	Décrivez en quelques mots / lignes ce qu'implique d'être assistant dentaire. Quelles sont selon vous les activités à réaliser ? Les responsabilités de l'assistant dentaire ? Sa place dans l'entreprise ? elle doit accompagner le praticien, préparer son poste de travail, accueillir le patient, veiller au bon déroulement de l'emploi du temps de la journée de façon à faciliter le travail au quotidien.
Les difficultés que je rencontre	Vous pouvez indiquer ou préciser ici les difficultés que vous rencontrez ou avez rencontrées lors des formations que vous avez suivies, des examens et épreuves que vous avez passés ou encore dans le cadre de votre parcours professionnel (ex. lecture, compréhension, calculs, rédaction de documents professionnels, communiquer par téléphone, utilisation des outils numériques, etc.) je ne pense pas avoir connu des difficultés
Mes besoins et attentes pour la formation	Indiquez ici, ce dont vous pourriez avoir besoin pendant votre formation préparant au Titre Assistant Dentaire (ex. renforcement sur les compétences métier, méthodologie de rédaction du rapport de stage, soutien en mathématiques, français, biologie, accompagnement individuel, méthode d'apprentissage des connaissances, utilisation des outils numériques, de communication, travailler ma posture professionnelle, etc.) j'attends de la formation, une bonne communication, des cours pratiques et facile d'accès.
Commentaires éventuels	Champ libre à destination du candidat : /



AFPPCD-1^{re}
PARIS ILE DE FRANCE
GUADELOUPE

PARTIE 2 : POSITIONNEMENT ET DÉFINITION DE VOTRE PARCOURS

Cette partie de la fiche est renseignée par le centre de formation lors de l'entretien de positionnement. Elle complète les informations de la convention ou du contrat de formation.

VOIE D'ACCÈS AU TITRE AD
Cochez la case adaptée

- ☐ Formation continue hors alternance (stagiaire de la formation continue)
☐ Contrat de professionnalisation
☒ Contrat d'apprentissage / Pro-A
☐ Parcours mixte : pour partie par la VAE et pour partie par la formation

SITE DE FORMATION

☐ Paris ☐ Lille ☒ Marseille ☐ Guadeloupe

COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR

RAISON SOCIALE

SELAS

ADRESSE

78 Bd Mireille Lauze

Ville : Marseille

Code postal : 13010

N° DE TÉLÉPHONE

04 - 91 - 79 - 85 - 82

NOM DE L'EMPLOYEUR

CABINET DENTAIRE CAPELETTE

EMAIL DE L'EMPLOYEUR

gestion.centrecapelette@gmail.com

NOM DU TUTEUR

DR Sophie Durand

EMAIL DU TUTEUR

docteurdurand@hotmail.fr

N° DE SIRET

84788263600016

DATE D'EMBAUCHE

23/07/2024

JOUR DE COURS

Vendredi

Cochez, la ou les cases correspondant au profil du candidat

OUI

NON

Titulaire du CQP aide dentaire avant le 31/12/2023 – Moins d'un an d'expérience

- Dispensé des modules M1.1-Relation-communication, M4, M5 et M6
- Dispensé d'évaluation sur C1 de E1 et sur C8 dans E5 et validation automatique du BC-03

X

Titulaire du CQP aide dentaire avant le 31/12/2023 – Avec un an d'expérience

- Dispensé des modules M1.1-Relation-communication, M4, M5, M6 et M7
- Dispensé d'évaluation sur C1 de E1 et sur C8 dans E5 et validation automatique du BC-03 et du BC-04

X

Titulaire du CQP aide dentaire après le 31/12/2023 – Moins d'un an d'expérience

- Dispensé des modules M4, M5 et M6
- Dispensé d'évaluation sur C1 de E1 et sur C8 dans E5 et validation automatique du BC-03

X

Titulaire du CQP aide dentaire après le 31/12/2023 – Avec un an d'expérience

- Dispensé des modules M4, M5 et M6
- Dispensé d'évaluation sur C1 de E1 et sur C8 dans E5 et validation automatique du BC-03

X

Titulaire d'un des diplômes mentionnés aux titres Ier à VII et IX du livre III de la 4^e partie du code de la santé publique ou diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière

- Dispensé des modules M5 et M7
- Dispensé d'évaluation sur C6 dans E3 et C9 dans E5

X

Titulaire du diplôme de manipulateur en électroradiologie médicale

- Dispensé des modules M3, M5 et M7
- Dispensé d'évaluation sur C4 dans E2, C6 dans E3 et C9 dans E5

X

Titulaire de la certification de qualification professionnelle d'auxiliaire vétérinaire qualifié

- Dispensé des modules M5
- Dispensé d'évaluation sur C6 dans E3

X

Titulaire de l'attestation AFGSU de niveau 2, en cours de validité et de moins de 4 ans

- Dispensé du module M3.2 Gestes et soins d'urgence
- Dispensé de l'évaluation de l'AFGSU2

X

PARCOURS DE FORMATION ET ÉVALUATION DU CANDIDAT

Cochez, les blocs visés, les modules de formation à suivre, les épreuves à passer et les compétences qui seront évaluées
Module d'introduction (14H) obligatoire pour tous les candidats

✗ BC-01	✗ BC-02	✗ BC-03	✗ BC-04	
☐ M1.1 Relation-communication (14H) ☐ M1.2 Éducation et promotion pour la santé (21H)	☐ M2 Assistance au praticien (84H) ☐ M3.1 - Examens complémentaires (21H) ☐ M3.2 - Gestes et soins d'urgence (21H)	☐ M4 Gestion du risque infectieux et entretien du matériel (49H) ☐ M5 Traçabilité et risques professionnels (21H)	☐ M6 Gestion, transmissions et suivi du dossier patient (77H) ☐ M7 Organisation du travail - pluri professionnalité - accompagnement des personnes en formation et en intégration (21H)	
✗ Épreuve E1	✗ Épreuve E2	✗ Épreuve E3	✗ Épreuve E4	✗ Épreuve E5
☐ C1 ☐ C2	☐ C3 ☐ C4	☐ C5 ☐ C6	☐ C7	☐ C8 ☐ C9

Adaptation des modalités d'évaluation du candidat

✗ NON ☐ OUI, demandée pour la / les épreuve(s) : ☐ E1 ☐ E2 ☐ E3 ☐ E4 ☐ E5

Les adaptations des modalités seront étudiées, puis précisées au candidat en lien avec le Référent du centre de formation.

PERSONALISATION DU PARCOURS

Proposition du centre de formation :

(Obligatoire pour les apprentis – 56H au total)

☐ NON ✗ OUI :

Volume horaire dédié par objectif visé :

- ☒ Renforcer l'acquisition des compétences métier : 14 H
- ☒ Améliorer l'intégration des connaissances et renforcer la réussite aux épreuves : 14 H
- ☒ Prévenir les ruptures de contrats liées à l'attitude professionnelle : 14 H
- ☒ Anticiper les difficultés sociales et proposer des solutions : 14 H

Fait à : MARSEILLE

Le : 14/06/2024

Le centre de formation agréé

NOM : DADOUN

Signature

APPCD
54 rue Ampère
75017 PARIS
Tél : 01 41 18 48 48
www.apcd.fr

Le candidat

NOM

Signature

Visa de l'employeur

NOM Selas Cabinet
Dentaire Capelette
Signature
CABINET DENTAIRE CAPELETTE
Chirurgiens-Dentistes
78 bd Marseille-Lauze, 13010 Marseille
04 91 79 86 82
13 4 04873 5 00 1 20 1 19