



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

Edition mars 2024



PARTIE 1 : INFORMATIONS RELATIVE 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	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Autre / Non-genré
NOM DE NAISSANCE <i>(Tel qu'indiqué sur votre pièce d'identité)</i>	
NOM D'USAGE <i>(Si différent de votre nom de naissance)</i>	
PRÉNOM <i>(Tel qu'indiqué sur votre pièce d'identité)</i>	
ADRESSE COMPLETE – CP - VILLE	
DATE ET LIEU DE NAISSANCE Ville et n° département / pays (si à l'étranger)	Date : Ville : Code postal (ville de naissance) : Pays : <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Adresse mail Téléphone	@ : Tél :

MES QUALIFICATIONS / DIPLÔMES / CERTIFICATIONS

Dernier diplôme obtenu / validé (Cochez la case correspondante) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aucun diplôme validé / obtenu à ce jour <input type="checkbox"/> Niveau 2 - Diplôme national du brevet <input type="checkbox"/> Niveau bac - échec à l'examen <input type="checkbox"/> Niveau 3 - CAP / BEP ou autre <input type="checkbox"/> Niveau 4 - Bac général, Techno ou Pro, etc. <input type="checkbox"/> Niveau 5 - BTS / DUT / DEUG, etc. <input type="checkbox"/> Niveau 6 - Licences / BUT / Maîtrise <input type="checkbox"/> Niveau 7 - Master 2 ou équivalent <input type="checkbox"/> Niveau 8 - Doctorat ou équivalent <input type="checkbox"/> Autre (ex. : <i>diplôme de chirurgien-dentiste étranger</i>) 	Précisez le nom exact du dernier diplôme obtenu (Ou qualification / certification professionnelle / Titre / Titre <i>professionnel</i>) <p>Nom exact : <i>(Ex. : Bac Pro accompagnement soins et services à la personne)</i></p> <p>Pays d'obtention du diplôme :</p> <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Je suis titulaire du CQP Aide dentaire	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Je souhaite entrer en parcours de redoublement / triplement à l'issue d'un échec au Titre Assistant dentaire	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
J'ai validé à l'issue d'un précédent parcours de formation d'assistant dentaire une ou plusieurs UE de l'ancienne mouture du titre Assistant dentaire (RNCP15745 – actif au RNCP entre 2018 et 2023)	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Cochez, la ou les UE validée(s) : <input type="checkbox"/> UE2 <input type="checkbox"/> UE3 <input type="checkbox"/> UE4 <input type="checkbox"/> UE5 <input type="checkbox"/> UE6 <input type="checkbox"/> UE7 <input type="checkbox"/> UE8 <p style="color: red; font-size: small;">-> application des dispositions transitoires (2018-2025) entre RNCP15745 et RNCP38144.</p>

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

*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)	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Date de validation / d'obtention :
Je dispose d'autres attestations, qualifications, habilitations ou certificats	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 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 exercé pendant un an minimum le métier d'aide dentaire** préalablement à mon entrée en formation d'assistant dentaire
- J'ai uniquement exercé dans le cadre de ma formation en alternance** (contrat de pro ou d'apprentissage) :
Diplôme, Titre ou qualification/certification visé(e) :

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

Nom et adresse de l'employeur :
- Je suis en emploi à ce jour et j'exerce mon activité professionnelle / mon métier en France :**
Nom du métier : _____ Durée d'expérience (en mois ou en années) : _____

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 :**
Nom du métier : _____ Durée d'expérience (en mois ou en années) : _____
- Autre, précisez :**

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

Au moment où je remplie 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 pro 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 nous aider 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 la 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

Je dispose d'une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH)	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, mais je ne souhaite pas la préciser à l'écrit <input type="checkbox"/> Oui, elle concerne : <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas répondre
Je dispose d'une notification (MDPH ou avis médical) en lien avec une situation de handicap ou de fragilité	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, mais je ne souhaite pas la préciser à l'écrit <input type="checkbox"/> Oui, elle concerne : <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas répondre
Je souhaite que mon tuteur / maître d'apprentissage / employeur en soit informé	<input type="checkbox"/> NON, en aucun cas je ne souhaite qu'il soit informé <input type="checkbox"/> OUI, mais je lui transmettrai l'information personnellement <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> NON, à ce jour je ne le souhaite pas. <input type="checkbox"/> OUI, je souhaite bénéficier des aménagements / adaptations de mon parcours de formation <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> NON, à ce jour je ne le souhaite pas. <input type="checkbox"/> OUI, je souhaite bénéficier des aménagements / adaptations des modalités d'évaluation des épreuves <input type="checkbox"/> 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 / ligne 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 ?
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 (<i>ex. lecture, compréhension, calculs, rédaction de documents professionnels, communiquer par téléphone, utilisation des outils numériques, etc.</i>)
Mes besoins et attentes pour la formation	Indiquez ici, ce dont vous pourriez avoir besoin pendant votre formation préparant au Titre Assistant dentaire (<i>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.</i>)
Commentaires éventuels	Champ libre à destination du candidat :

Je soussigné.e.....certifie sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées pour la constitution du dossier de candidature.

Date :

Signature du candidat :

Liste des documents à transmettre au centre de formation lors de votre entretien de positionnement :

- Copie de votre pièce d'identité en cours de validité (passeport ou carte d'identité)
- Copie des diplômes que vous avez validés (ou relevé de notes / attestation de réussite)
- Copie des qualifications / habilitations / certificats que vous avez obtenus (ex. CQP aide dentaire)
- Copie de l'attestation AFGSU 2 en cours de validité (si obtenue)
- Preuve de l'exercice du métier d'aide dentaire pendant 1 an (le cas échéant)
- Le cas échéant et si vous le désirez : reconnaissance RQTH / avis médical / notification MDPH en lien avec une situation de fragilité / handicap pouvant donner lieu à aménagement / adaptation de parcours et des modalités d'évaluation
- Le cas échéant, justificatif d'expérience professionnelle de plus d'un an en tant qu'aide dentaire (ex. bulletin de salaire ou attestation employeur) si vous êtes titulaire du CQP Aide dentaire
- CV à jour
- Attestation France Travail le cas échéant (notamment pour les +26 ans)
- Attestation de vaccinations obligatoires à jour (cf code de la santé) ou photocopie carnet de santé

Politique d'utilisation des données : Les informations recueillies sur ce dossier de candidature sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'ESAD dont le siège social est situé au 23 rue Gabriel Péri 31000 TOULOUSE. Le traitement des données personnelles vous concernant, qui est fait dans ce dossier de candidature, respecte les obligations légales en vue d'assurer la gestion et le suivi de votre candidature à un de nos parcours de formation ainsi que l'envoi d'actualités sur nos formations, et celles proposées par nos partenaires, susceptibles de répondre à vos choix d'orientation. Vous serez alors inscrit(e) dans un fichier prospect. L'ESAD vient à ne collecter que des données strictement nécessaires à la finalité déclarée de ce traitement. Les données collectées seront communiquées seulement au Service Admission de l'ESAD, puis lors de l'inscription à une formation, au Service Pédagogique des Écoles. Votre CV («curriculum vitae») pourra être transmis à l'entreprise susceptible de vous embaucher dans le cadre d'un contrat en alternance, dès le moment de votre admission. Les données collectées seront transmises à l'OPCO au moment de la signature du contrat en alternance. Ces données pourront être transmises aux organismes publics dans le respect de la sécurité et de la confidentialité des données, et ce pour satisfaire nos obligations légales, réglementaires ou conventionnelles. Ces données pourront être transmises aux organismes publics dans le respect de la sécurité et de la confidentialité des données, et ce pour satisfaire nos obligations légales, réglementaires ou conventionnelles. Ces données personnelles sont conservées pour la durée de 2 ans pour les prospects. Pour les personnes inscrites à l'ESAD, ces données seront conservées tout au long de la formation et pour une durée supplémentaire de 5 ans après la fin de la formation. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux fichiers et aux Libertés et au chapitre III du RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement, de retrait de consentement (sans porter atteinte à la légitimité du traitement fondé sur le consentement effectué avant le retrait de celui-ci), de suppression de vos données et à la portabilité des données qui vous concernent. Pour exercer ces droits, vous pouvez nous envoyer un message à l'adresse mail suivante : inscription@esad-dentaire.com, ou par voie postale au 23 rue Gabriel Péri 31000 TOULOUSE. Au besoin, en fonction de la demande, l'ESAD est en droit de vous demander de compléter votre message par une demande écrite et signée, accompagnée d'une copie du titre d'identité avec signature du titulaire de la pièce, en précisant l'adresse à laquelle la réponse doit être envoyée. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

**«Prospect» signifie toute personne potentiellement intéressée par un parcours de formation.*

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	<input type="checkbox"/> Formation continue hors alternance (stagiaire de la formation continue) <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage / Pro-A <input type="checkbox"/> Parcours mixte : pour partie par la VAE et pour partie par la formation
---	--

INDIVIDUALISATION DU PARCOURS

Cochez, la ou les cases correspondant au profil du candidat	OUI	NON
Titulaire du CQP aide dentaire _ Moins d'un an d'expérience en tant qu'aide dentaire - Dispensé des modules M1.1-Relation-communication, M4, M5 et M6 - Dispensé d'évaluation E3 du BC03		
Titulaire du CQP aide dentaire _ Avec un an d'expérience minimum en tant qu'aide dentaire - Dispensé des modules M1.1-Relation-communication, M4, M5, M6 et M7 - Dispensé d'évaluation E3 du BC03, E4 et E5 du BC04		
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		
Titulaire du diplôme de manipulateur en électroradiologie médicale - Dispensé des modules M3, M5 et M7		
Titulaire de la certification de qualification professionnelle d'auxiliaire vétérinaire qualifié - Dispensé du module M5		
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		

PARCOURS DE FORMATION ET D'ÉVALUATION CERTIFICATIF DU CANDIDAT

(Au besoin, se reporter au document relatif aux aménagements de parcours et dispositions transitoires établi par la CPNEFP)

Cochez, les blocs visés, les modules de formation à suivre, les épreuves à passer dans le cadre du parcours préparant au Titre AD du candidat.
 Module d'introduction (14H) obligatoire pour tous les candidats

<input type="checkbox"/> M1.1 Relation-communication (14H) <input type="checkbox"/> M1.2 Éducation et promotion pour la santé (21H)	<input type="checkbox"/> M2 Assistance au praticien (84H) <input type="checkbox"/> M3.1 -Examens complémentaires (21H) <input type="checkbox"/> M3.2 -Gestes et soins d'urgence (21H)	<input type="checkbox"/> M4 Gestion du risque infectieux et entretien du matériel (49H) <input type="checkbox"/> M5 Traçabilité et risques professionnels (21H)	<input type="checkbox"/> M6 Gestion, transmissions et suivi du dossier patient (77H) <input type="checkbox"/> M7 Organisation du travail - pluri professionnalité - accompagnement des personnes en formation et en intégration (21H)
<input type="checkbox"/> BC-01	<input type="checkbox"/> BC-02	<input type="checkbox"/> BC-03	<input type="checkbox"/> BC-04
<input type="checkbox"/> Épreuve E1	<input type="checkbox"/> Épreuve E2	<input type="checkbox"/> Épreuve E3	<input type="checkbox"/> Épreuves E4 <input type="checkbox"/> Épreuve E5

Adaptation des modalités d'évaluation du candidat (sur avis médical uniquement)

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

Fait à :		Le :
Le centre de formation agréé	Le candidat	Visa de l'employeur
NOM	NOM	NOM
Signature	Signature	Signature

Un exemplaire de la fiche de positionnement du candidat dûment renseignée et signée est à conserver par le partenaire agréé (OF). Elle pourra être sollicitée par le certificateur APCDL sur simple demande pour contrôle d'application du cadrage de la certification.

Il est rappelé que pour les candidats (chirurgiens-dentistes et/ou assistants dentaires) étrangers, les demandes d'allègements de parcours de formation sont étudiées au cas par cas par la CPNEFP. La présente fiche est à remplir et à joindre à la demande du candidat étranger concerné, puis transmise à la CPNEFP via l'APCDL.