



FORMATION CSMS COORDINATEUR – MANAGER D'un Etablissement ou un Service dans le secteur Médico-Social

DOSSIER DE CANDIDATURE 2026

Modalités de dépôt de(s) dossier(s) de candidature

- Le dossier et les pièces à fournir (voir page 2) sont à retourner en fichier "format PDF" intitulé de votre Nom de famille et du parcours (exemple : Nom de famille-CSMS). La taille du fichier PDF ne doit pas excéder 15 Mo.
- Ce dossier dûment complété et les pièces à fournir sont à retourner uniquement par courriel à l'adresse suivante : contact@symphonie-formations.fr. **Les dossiers qui ne répondent pas au format demandé ne seront pas pris en compte dans l'examen des dossiers.**

Pièces justificatives à insérer dans l'ordre suivant :

1. Dossier de candidature complété
2. Un CV à jour
3. L'intégralité des diplômes obtenus

Conditions d'accès et calendrier de recrutement

Après examen des dossiers de candidature, certains candidats sont retenus et convoqués à un entretien de motivation. Les convocations seront envoyées par courriel (**adresse mail obligatoire**).
Des visioconférences et/ ou appels téléphoniques pourront être mis en place.

Date de remise des dossiers de candidature :
le 31/12/2025 au plus tard

1. COORDONNEES

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Nationalité :

Date et lieu de naissance :

à

N° sécurité sociale :

(Si vous êtes étranger(e), copie certifiée conforme du titre vous autorisant à exercer une activité professionnelle)

Adresse :

CP :

Ville :

Tél. domicile :

Portable :

Email :

J'accepte que mes coordonnées soient transmises au réseau des stagiaires de SYMPHONIE et j'accepte de recevoir des informations concernant les formations et actualités proposées par SYMPHONIE. Sinon, cocher ici :

2. VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Quel est votre statut actuel

- ☐ 1-En poste ou travailleur indépendant
- ☐ 2-Etudiant
- ☐ 3-A la recherche d'un emploi
- ☐ 4-Autre, précisez : _____

- **Si vous avez répondu 1- En poste ou travailleur indépendant**

Contrat de travail : ☐ CDI ☐ CDD ☐ Contrat de professionnalisation/Apprentissage

☐ Autre : _____

Date de début de contrat :

Date de fin de contrat (si temporaire) : _____

Travaillez-vous à temps complet : ☐ oui ☐ non

- Si non, quel temps de travail par semaine : _____

Fonction exercée :

Dans quel secteur ?

- ☐ Secteur sanitaire
- ☐ Secteur médico-social
- ☐ Autres

Précisez le type de structure (EHPAD, Centre social, ...) :

Quel est son statut : ☐ Public ☐ Associatif ☐ Privé ESPIC ☐ Privé commercial ☐ Exercice libéral

Description de votre mission :

Votre situation professionnelle :

- **Si vous avez répondu 3-** A la recherche d'un emploi, êtes-vous inscrit(e) au France Travail (pôle emploi) ?

☐ Oui ☐ Non

Une copie de l'attestation d'inscription à France Travail vous sera demandé à l'inscription

3. DIPLOMES ET FORMATIONS

Année	Durée (jours)	Intitulé du Diplôme/Formation	Établissement de formation

4. PARCOURS PROFESSIONNEL Activités salariées ou non-salariées, bénévole ou volontariat

DATES	Durée (jours)	Institutions / Employeurs	Poste/Mission occupé(e)

5. MOTIVATIONS POUR INTEGRER LA FORMATION

Pourquoi postulez-vous à la formation CSMS ?
Quelles sont selon vous les qualités nécessaires pour réussir dans le métier de CSMS ?
Avez-vous déjà une expérience dans le métier choisi ? Si oui, indiquez dans quel domaine ?

Comment pensez-vous être perçu(e) par votre entourage professionnel ?
 Vos atouts, vos points forts ?

[illegible]

Vos points faibles, ceux sur lesquels vous devez progresser ?

[illegible]

Fait à :

Le :