

VALIDATION DES ACQUIS PROFESSIONNELS ET PERSONNELS

NOM (Nom de naissance)

NOM MARITAL

PRÉNOM

CE DOSSIER DOIT-ÊTRE ENVOYÉ UNIQUEMENT PAR MAIL

En application des articles D.613-38 à D.613-50 du Code de l'Education
Ce dossier ne constitue pas le dossier d'inscription à l'Université

En vue d'une autorisation d'inscription pour l'année universitaire _____ / _____
Veuillez indiquer l'intitulé exact de la (ou des) formation(s) ci-dessous :

1^{er} choix

2^e choix (facultatif)

3^e choix (facultatif)

Si vous avez déjà demandé une validation des acquis professionnels et personnels
à l'Université de Lille, merci d'indiquer l'année :

Si vous avez des questions concernant ce dossier
merci de contacter le service Formation professionnelle IAE Lille
03 20 12 34 39 | formation-professionnelle@iaelille.fr

SITUATION PERSONNELLE

Nom _____ Prénom _____

Nom marital _____

Date de naissance _____ Age _____

Lieu de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ Mail _____

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Pacsé(e) Autre _____

Nombre d'enfants _____

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

VOUS EXERCÉZ ACTUELLEMENT

UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Fonction exercée

Nom de l'entreprise _____

Adresse de l'entreprise _____

Téléphone de l'entreprise _____

Ancienneté dans cette entreprise _____

Temps plein Temps partiel _____ %

Type de contrat

CDI CDD Contrat en alternance

Autre (précisez) _____

Financement envisagé pour la formation

CPF

Plan de développement des compétences (employeur)

Financement personnel

Autre (précisez) _____

VOUS ÊTES ACTUELLEMENT

SANS EMPLOI

Etes-vous inscrit(e) à France Travail ?

Oui Non

Si oui, lequel _____

Date d'inscription _____

Etes-vous indemnisé ?

Oui Non

Depuis le _____

Jusqu'au _____

I. FORMATION

ETUDES SUIVIES

(y compris les formations en cours)

Niveau	Diplômes obtenus ou suivis Cochez et précisez	Spécialité	Etablissement	Années de suivi de la formation	Obtention du diplôme Cocher la case correspondante	Si oui, Année
					Oui Non	
Avant Bac	<input type="checkbox"/> BP <input type="checkbox"/> BT <input type="checkbox"/> CAP <input type="checkbox"/> BEP <input type="checkbox"/> Autre : <hr/>					
Bac	<input type="checkbox"/> Bac <input type="checkbox"/> DAEU ou équivalent : <hr/>					
Bac +2	<input type="checkbox"/> BTS <input type="checkbox"/> DUT <input type="checkbox"/> DEUG <input type="checkbox"/> DEUST <input type="checkbox"/> LICENCE 1 ^e année 2 ^e année <input type="checkbox"/> Diplôme du CNAM <input type="checkbox"/> Classes prépa <input type="checkbox"/> Autre (DU etc.) : <hr/>					
Bac +3 Bac +4	<input type="checkbox"/> Licence <input type="checkbox"/> Licence 3 ^e année <input type="checkbox"/> Maîtrise <input type="checkbox"/> Master 1 <input type="checkbox"/> Diplôme du CNAM <input type="checkbox"/> Autres (DU etc.) : <hr/>					
Bac +5	<input type="checkbox"/> Ingénieur <input type="checkbox"/> DEA <input type="checkbox"/> DESS <input type="checkbox"/> Master 2 <input type="checkbox"/> 3 ^e cycle <input type="checkbox"/> Autre : <hr/>					

ANNÉE DE VOTRE DERNIÈRE INSCRIPTION DANS UNE UNIVERSITÉ

II. EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES CV DÉTAILLÉ

Dans le curriculum vitae détaillé mentionnant, pour chaque période, la fonction principale exercée (activités, missions, et réalisations probantes) et le nom de l'organisme d'exercice (son secteur d'activité, ses effectifs), **il est apprécié de préciser les moyens mis à disposition dans l'exercice des fonctions** (matériels, financiers et humains) et une présentation des compétences. Pour chacune des expériences professionnelles, un certificat de travail reprenant la période de travail devra être ajouté au dossier.

	Dates et durée	Entreprise (nom et adresse)	Temps complet ou temps partiel	Fonction, statut, niveau de responsabilités Description des activités principales au sein de votre fonction Moyens mis à disposition (matériels, financiers, humains)
Dernière activité				
Avant dernière activité				
Etc.				

Vous pouvez ajouter autant de feuilles que nécessaire

	Dates et durée	Entreprise (nom et adresse)	Temps complet ou temps partiel	Fonction, statut, niveau de responsabilités Description des activités principales au sein de votre fonction Moyens mis à disposition (matériels, financiers, humains)

III. EXPERIENCES PERSONNELLES

Connaissances linguistiques, démarches autodidactes, responsabilités syndicales, associatives, familiales, sportives, culturelles, bénévoles ou autres...

J'atteste sur l'honneur que les renseignements indiqués dans ce dossier sont sincères et véritables.

Fait à _____

Signature :

Le _____

JOINDRE LES PIÈCES DEMANDÉES

IV. PIECES SPECIFIQUES A LA DEMANDE DE VAPP

- Photocopie d'une pièce d'identité
- CV
- Lettre de motivation (adaptée par choix de formation, joindre les différentes lettres dans le même dossier VAPP)
- Copie des diplômes et titres obtenus et/ou relevés de notes pour les diplômes non validés
- Pour les formations non universitaires ou suivies à l'étranger, le programme détaillé des enseignements suivis, le cas échéant traduit en français
- Photocopie de la carte France Travail pour les demandeurs d'emploi.
- Pour chacune des expériences professionnelles, un certificat de travail reprenant la période de travail, l'activité exercée et le statut.

REMARQUES IMPORTANTES

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS EXAMINÉ

LA DISPENSE ACCORDEE n'est valable qu'à l'IAE Lille pour la formation et l'année universitaire demandées

RESERVE A L'ADMINISTRATION

1^{er} choix

Avis du Responsable pédagogique Très favorable Favorable Défavorable Réservé
Avis argumenté :

Nom du Responsable pédagogique _____ Date _____
Signature : _____

Commission VAPP du _____

Accord Refus

Nom du Président de la commission _____ Signature : _____

2^{ème} choix

Avis du Responsable pédagogique Très favorable Favorable Défavorable Réservé
Avis argumenté :

Nom du Responsable pédagogique _____ Date _____
Signature : _____

Commission VAPP du _____

Accord Refus

Nom du Président de la commission _____ Signature : _____

3^{ème} choix

Avis du Responsable pédagogique Très favorable Favorable Défavorable Réservé
Avis argumenté :

Nom du Responsable pédagogique _____ Date _____
Signature : _____

Commission VAPP du _____

Accord Refus

Nom du Président de la commission _____ Signature : _____