

Votre activité

Votre demande d'agrément

Veillez indiquer par ordre de préférence les tribunaux de grande instance auprès desquels vous souhaitez exercer votre activité :

1 _____ 3 _____ 5 _____ 7 _____
 2 _____ 4 _____ 6 _____ 8 _____

Le temps travaillé

Vous exercerez votre activité à temps : Complet Non complet Dans ce dernier cas, veuillez indiquer le nombre d'heures par semaine consacrées à chacune de vos autres activités professionnelles :

Le lieu d'exercice de votre activité

Vous exercerez votre activité à :

Votre domicile personnel Une adresse professionnelle Dans ce dernier cas, veuillez indiquer celle-ci : rés. bât., appt, étage, n° de voie, lieu-dit _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Vos habilitations actuelles à exercer des mesures de protection ou vos demandes d'habilitation à exercer d'autres mesures ou dans d'autres départements

Veillez remplir le tableau ci-dessous, y compris si vos habilitations sont antérieures au 1^{er} janvier 2009. En l'absence d'habilitation ou de demande d'habilitation, veuillez passer directement à la rubrique « Votre formation ».

Départ. ou tribunal concerné	Nombre de mesures			Date de l'habilitation ou de la demande d'habilitation (Format MM/AA)	Départ. ou tribunal concerné	Nombre de mesures			Date de l'habilitation ou de la demande d'habilitation (Format MM/AA)
	MJAG	Tutelles et autres	MAJ			MJAG	Tutelles et autres	MAJ	
_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _
_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _
_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _
_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _
_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _
_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _
_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _
_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _
_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_____	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _

Votre formation

Votre formation initiale

Veillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et l'intitulé des diplômes ou titres obtenus :

Date (Format JJMMAAAA)	Lieu	Intitulé du titre ou du diplôme obtenu
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____

Votre formation complémentaire relative à l'exercice de mesures de protection

Veillez renseigner dans le tableau ci-dessous les informations relatives aux attestations de formation qui vous ont été délivrées :

Nature du document	Date du document (Format JJMMAAAA)	DRJSCS ou nom et adresse du centre de formation ayant délivré le document
Certificat national de compétence de délégué aux prestations familiales	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____

Votre formation continue

Veillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et l'intitulé des dernières formations suivies, y compris les formations complémentaires relatives à l'exercice de mesures de protection qui n'ont pas été validées :

Date (Format JJMMAAAA)	Lieu	Intitulé du titre ou de la formation suivie
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____

Votre expérience

Votre expérience professionnelle

Veillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et la nature de vos dernières expériences professionnelles :

Date (Format JJMMAAAA)	Lieu	Nature de l'expérience professionnelle
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____

Vos autres expériences pertinentes au regard de l'activité de délégué aux prestations familiales

Veillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et la nature de vos dernières autres expériences pertinentes au regard de l'activité de délégué aux prestations familiales :

Date	Lieu	Nature de l'expérience pertinente
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____

Vos garanties en cas d'engagement de votre responsabilité civile

Veillez indiquer les renseignements suivants relatifs à votre assurance en responsabilité civile :

Nom de la société d'assurance : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

- La date de prise d'effet de l'assurance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- La nature et le plafond des garanties, le cas échéant selon la nature du sinistre :

Renseignements complémentaires

Renseignements concernant les secrétaires spécialisés

Si vous êtes assisté d'un ou plusieurs collaborateurs pour l'exercice de votre activité de délégué aux prestations familiales, veuillez en indiquer le nombre : |_|_|

Veuillez joindre pour chaque collaborateur les pages 5 et 6 du présent formulaire.

Identité du secrétaire spécialisé

Madame Mademoiselle Monsieur

Son nom de famille (de naissance) : _____

Son nom d'usage (ex : nom marital) : _____

Ses prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____

Sa nationalité : Française Ressortissant de l'Espace Economique Européen Autre

Sa date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

J J M M A A A A

Son lieu de naissance : Code postal : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Commune/Pays : _____

Sa formation

Sa formation initiale

Veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et l'intitulé des diplômes ou titres obtenus :

Date (Format JJMMAAAA)	Lieu	Intitulé du titre ou du diplôme obtenu
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____

Sa formation continue

Veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et l'intitulé des dernières formations suivies :

Date	Lieu	Intitulé du titre ou de la formation suivie
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____

Son expérience

Son expérience professionnelle

Veillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et la nature de ses dernières expériences professionnelles :

Date (Format JJMMAAAA)	Lieu	Nature de l'expérience professionnelle
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____

Ses autres expériences pertinentes au regard de l'activité de délégué aux prestations familiales

Veillez indiquer dans le tableau ci-dessous la date, le lieu et la nature de ses dernières autres expériences pertinentes au regard de l'activité de délégué aux prestations familiales :

Date	Lieu	Nature de l'expérience pertinente
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_____

Ses fonctions actuelles ou celles que vous envisagez de lui confier

- 1) Le secrétaire spécialisé exerce-t-il ou exercera-t-il ses fonctions à temps complet ? Oui Non
 - 2) Le secrétaire spécialisé exerce-t-il ou exercera-t-il ses fonctions auprès d'un ou plusieurs autres délégués aux prestations familiales ou des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ? Oui Non
- Si oui, veuillez préciser les noms et prénoms des autres délégués aux prestations familiales ou mandataires judiciaires à la protection des majeurs :

- 3) Veuillez indiquer précisément les fonctions du secrétaire spécialisé :

Renseignements complémentaires

Annexes :

- Copie intégrale de l'acte de naissance,
- Extrait de casier judiciaire (bulletin n°3),
- Justificatif de domicile (copie du bail, contrat de domiciliation, copie de la lettre du propriétaire, copie du titre de propriété ou d'un autre document),
- Copie de l'attestation d'immatriculation de l'entreprise au centre de formalité des entreprises,
- Attestation d'assurance en responsabilité civile,
- Copie des contrats de travail des secrétaires spécialisés,
- Copie du certificat national de compétence de délégué aux prestations familiales,
- Copie du projet de notice d'information dont le contenu est défini à l'annexe 4-2 du code de l'action sociale et des familles.

Fait le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 J J M M A A A A

À : _____

Par : _____

Signature