

Demande de Validation des Acquis de l'Expérience LIVRET 1 DE RECEVABILITÉ

Article L.335-5 du code de l'Education et L 335-6

CERTIFICATION DE :

SECRETAIRE MEDICAL(E) de Niveau 4 Europe RNCP – EQUIVALENT BAC

La demande de validation de l'expérience professionnelle s'effectue en 4 étapes :

1. Vous devez d'abord remplir ce dossier de recevabilité dit « **LIVRET 1** » et le faire parvenir au centre **AVLIS FORMATION*** qui vérifiera si vous remplissez les conditions de recevabilité, en fonction du champ de vos expériences et de leurs durées. **Vous devez impérativement en conserver un exemplaire.**
2. Lorsque votre demande aura été déclarée recevable, vous devrez créer et compléter un « **LIVRET 2** » (20 pages environ) que nous nommons chez AVLIS « **Rapport d'Activité** » (classement des activités : missions et tâches par blocs de compétences). Vous devrez décrire très précisément vos activités de façon à convaincre et à permettre aux membres du jury d'examiner votre dossier.
3. Lors de l'entretien (après la soutenance orale), le jury va vous interroger sur la véracité de vos dires et vous devrez apporter des éléments de preuves : documents, explications concrètes etc.
4. L'ensemble du Jury vous délivrera partiellement ou en totalité la Certification (Diplôme) pour laquelle vous avez postulé.

Nom de naissance :
Écrire en capitales

Nom usuel :
Écrire en capitales, nom marital pour les femmes mariées

Prénom(s) :
Dans l'ordre de l'état civil

Je demande la Validation des Acquis de mon Expérience pour la Certification de :

- SECRETAIRE MEDICAL(E) de Niveau 4 Europe RNCP – EQUIVALENT BAC
- Je déclare avoir pris connaissance du mode de validation qui consiste à présenter mon dossier VAE lors d'un entretien (soutenance) avec un Jury.

Fait à

Le : / /

Signature du demandeur :

CADRE RESERVE AU CENTRE AVLIS FORMATION

Date de réception / /

Recevabilité : OUI NON LE / /

La notification de recevabilité ou de refus du « Livret 1 » est adressée au demandeur de la VAE après examen du dossier.

VOTRE IDENTITÉ

Mme Mr

Écrire en capitales ; votre nom de naissance

Votre nom usuel :

Écrire en capitales ; nom marital pour les femmes mariées

Vos prénoms :

Dans l'ordre de l'état civil

Votre nationalité :

Votre date de naissance / / Votre pays de naissance

Votre commune de naissance Département.....

Si naissance en France ; 99 dans les autres cas

Votre adresse :

Votre code postal Ville Pays

Tél. domicile Tél. professionnel

Tél. mobile

Votre mail (obligatoire)

Votre situation à la date du dépôt de votre demande de Validation des Acquis de l'Expérience :

Cocher une ou plusieurs cases suivant votre situation

Stagiaire de la formation professionnelle continue

Salarié en activité

Salarié de la fonction publique

Travailleur indépendant

Demandeur d'emploi

Moins de six mois

Plus de six mois

1 an et plus

Autre (congé parental, disponibilité...), précisez

Êtes-vous déclaré travailleur handicapé ?

Oui

Non

VOTRE DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e).....

Nom de naissance et prénom du demandeur

Déclare sur l'honneur :

- L'exactitude de toutes les informations figurant dans le présent **Livret 1**
- Avoir formulé la demande de Validation des Acquis de mon Expérience pour :
Le titre suivant : **SECRETAIRE MEDICAL(E) de Niveau 4 Europe RNCP – EQUIVALENT BAC**
- Ne pas avoir déposé, pour des diplômes ou titres différents, plus de trois demandes au cours de l'année civile en cours.

Fait à Le / /

Signature du demandeur :

AVLIS FORMATION se réserve la possibilité de vérifier l'exactitude de vos déclarations.

En cas de fausses déclarations, l'obtention du diplôme vous sera refusée, et l'administration sera tenue de déposer plainte contre vous.

La Loi punit quiconque se rend coupable de fausses déclarations :

"Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende" (code pénal, art. 441-1)

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DEMANDE

1. Pour justifier de votre identité :

- Une photocopie recto verso de votre carte d'identité, ou de votre passeport ou de votre titre de séjour

2. Pour justifier de chacune de vos activités :

- **Activités salariées :** attestation signée de votre employeur, ou le cas échéant vos bulletins de salaire (récapitulatifs annuels), ou un relevé de carrière à demander auprès de la CNAV (Paris) ou de la CRAM (Province),
- **Activités bénévoles :** attestation signée par 2 responsables de l'association ayant pouvoir de signature,
- **Activités libérales :** inscription auprès des organismes habilités et justificatifs de la durée de cette inscription (registre du commerce ou des sociétés, registre des métiers, URSAFF ou tout autre document pouvant attester de votre activité professionnelle indépendante).

3. Curriculum Vitae mis à jour avec photo obligatoire.

COMPÉTENCES - RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS SECRETAIRE MEDICAL(E) – EQUIVALENT BAC

Cochez **seulement** les cases dont les tâches ont été réalisées durant vos expériences professionnelles.

BLOC 1	PRÉPARATION DU POSTE DE TRAVAIL		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>OUVERTURE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Allumage des ordinateurs, logiciels et de tous les matériels spécifiques au démarrage de l'activité <input type="checkbox"/> Réapprovisionnement (ordonnances, fournitures et matériels inhérents au fonctionnement) <input type="checkbox"/> Stérilisation (si besoin) et/ou vérification des instruments <input type="checkbox"/> Traitement des messages (répondeur, cahier de messages, mails...) <input type="checkbox"/> Edition de la liste des consultations et sortie (si version papier) du dossier médical du patient <p>Cette liste n'est pas exhaustive</p> <p>AUTRES : _____</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>FERMETURE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Extinction des logiciels et/ou matériels <input type="checkbox"/> Mise en marche du répondeur <input type="checkbox"/> Activation de l'alarme si préconisé <input type="checkbox"/> Fermeture du bureau ou de l'établissement si <input type="checkbox"/> Nécessaire <p>Cette liste n'est pas exhaustive</p> <p>AUTRES : _____</p> </td> </tr> </table>	<p>OUVERTURE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Allumage des ordinateurs, logiciels et de tous les matériels spécifiques au démarrage de l'activité <input type="checkbox"/> Réapprovisionnement (ordonnances, fournitures et matériels inhérents au fonctionnement) <input type="checkbox"/> Stérilisation (si besoin) et/ou vérification des instruments <input type="checkbox"/> Traitement des messages (répondeur, cahier de messages, mails...) <input type="checkbox"/> Edition de la liste des consultations et sortie (si version papier) du dossier médical du patient <p>Cette liste n'est pas exhaustive</p> <p>AUTRES : _____</p>	<p>FERMETURE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Extinction des logiciels et/ou matériels <input type="checkbox"/> Mise en marche du répondeur <input type="checkbox"/> Activation de l'alarme si préconisé <input type="checkbox"/> Fermeture du bureau ou de l'établissement si <input type="checkbox"/> Nécessaire <p>Cette liste n'est pas exhaustive</p> <p>AUTRES : _____</p>
<p>OUVERTURE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Allumage des ordinateurs, logiciels et de tous les matériels spécifiques au démarrage de l'activité <input type="checkbox"/> Réapprovisionnement (ordonnances, fournitures et matériels inhérents au fonctionnement) <input type="checkbox"/> Stérilisation (si besoin) et/ou vérification des instruments <input type="checkbox"/> Traitement des messages (répondeur, cahier de messages, mails...) <input type="checkbox"/> Edition de la liste des consultations et sortie (si version papier) du dossier médical du patient <p>Cette liste n'est pas exhaustive</p> <p>AUTRES : _____</p>	<p>FERMETURE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Extinction des logiciels et/ou matériels <input type="checkbox"/> Mise en marche du répondeur <input type="checkbox"/> Activation de l'alarme si préconisé <input type="checkbox"/> Fermeture du bureau ou de l'établissement si <input type="checkbox"/> Nécessaire <p>Cette liste n'est pas exhaustive</p> <p>AUTRES : _____</p>		
BLOC 2	ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DU PATIENT		
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Réceptionner tous les appels (patients, confrères médecins, infirmiers, visiteurs médicaux, etc.) <input type="checkbox"/> Fixer les rendez-vous (selon les urgences), installer le patient dans le lieu approprié aux examens. <input type="checkbox"/> Confirmer la veille les rdvs pour la consultation (gestion liste d'attente), gérer les retards. <input type="checkbox"/> Accueillir les patients, coursiers, visiteurs médicaux, ambulanciers, taxis etc. <input type="checkbox"/> Demander les documents indispensables à la consultation (carte vitale, carte mutuelle, résultats d'analyses etc.) <input type="checkbox"/> Expliquer les conduites à tenir dans le cas de préparation à des examens spécifiques, ex : coloscopie, etc. <p>Cette liste n'est pas exhaustive ...</p> <p>Cette liste n'est pas exhaustive</p> <p>AUTRES : _____</p>		
BLOC 3	CRÉATION ET MISE A JOUR DU DOSSIER PATIENT		
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Créer, actualiser, classer, archiver, imprimer le dossier patient, les étiquettes ou la fiche de consultation <input type="checkbox"/> Scanner les documents indispensables à la consultation (carte vitale, carte mutuelle, résultats d'analyses etc.) <input type="checkbox"/> Lire l'ordonnance afin d'enregistrer la prescription (Labo, radio etc.) <p>Cette liste n'est pas exhaustive</p> <p>AUTRES : _____</p>		
BLOC 4	RÉALISATION DE TACHES ADMINISTRATIVES DIVERSES		
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Effectuer la frappe de courriers et de comptes rendus (opérateurs, de consultation) avec dictaphone ou dictée <input type="checkbox"/> Compléter les documents spécifiques au Tiers Payant, CMU, AME, Accidents du Travail, FSE Mutuelles... <input type="checkbox"/> Ouvrir, trier, dispatcher, affranchir et poster le courrier selon les services ou médecins <input type="checkbox"/> Coder, saisir les actes médicaux pour toutes les spécialités. <input type="checkbox"/> Faire l'encaissement : intégralité du prix de la consultation, ticket modérateur (tiers payant) <input type="checkbox"/> Saisir et envoyer les Feuilles de Soins Électroniques à la CPAM et Mutuelles <input type="checkbox"/> Créer tableau pour les encaissements de fin de journée (espèces, CB, chèques) <input type="checkbox"/> Remettre à la banque espèces, chèque <p>Cette liste n'est pas exhaustive</p> <p>AUTRES : _____</p>		

VOTRE EXPERIENCE

N'ayant pas de lien direct avec la certification demandée

Vos autres activités.

Si vous le souhaitez, vous pouvez présenter des emplois ou des fonctions **qui ne sont pas en rapport avec le diplôme demandé**.

Commencez par l'emploi le plus récent et occupés jusqu'à ce jour en France ou à l'étranger.

Il est possible de mentionner plusieurs activités sous forme de liste pour un même emploi ou une même fonction.

EMPLOI OU FONCTION EXERCEE	ACTIVITES, TACHES, TRAVAUX	LOGICIELS, MATERIELS EMPLOYES, MACHINES...
N°1		
N°2		
N°3		
N°4		



VOS DIPLOMES, TITRES, CERTIFICATIONS ET ATTESTATIONS DE FORMATION

1) Vous possédez un ou des diplôme(s), titre(s) et certificat(s) OUI NON

DIPLOME, TITRE, CERTIFICAT, ATTESTATION DE FORMATION	ACADEMIE	ANNEE	JUSTIFICATIF N°

Joindre les photocopies des diplômes possédés (le certificat d'études primaires, brevet des collèges, diplôme du brevet etc.)

2) Vous avez obtenu depuis moins de deux ans, lors d'épreuves ponctuelles, un ou des éléments du diplôme pour lequel vous demandez la validation de vos acquis OUI NON

EPREUVE, UNITE, BENEFICE	ACADEMIE	ANNEE	JUSTIFICATIF N°

Joindre les photocopies des attestations de bénéfice d'épreuves ou d'unités, ou procès-verbal de jury obtenus antérieurement

3) Vous avez bénéficié, depuis moins de 5 ans, de décisions de VAE pour le diplôme visé OUI NON
Si oui, mentionnez les unités acquises ci-dessous :

EPREUVE, UNITE, BENEFICE	ACADEMIE OU OF	ANNEE	JUSTIFICATIF N°

Joindre (les) photocopie(s) des notifications de décisions



LISTE DES JUSTIFICATIFS JOINTS A VOTRE DEMANDE

DOCUMENTS FOURNIS	NOMBRE	VOS COMMENTAIRES EVENTUELS
JUSTIFICATIFS D'IDENTITE <i>Précisez la nature de la pièce fournie :</i>		
JUSTIFICATIFS D'ACTIVITE		
CERTIFICAT(S) DE TRAVAIL		
ATTESTATION(S) D'EMPLOI		
BULLETINS DE SALAIRE (12 bulletins en lien avec la certification / titre à valider) ou justifier de 1645 heures d'activité		
AUTRE(S) : précisez		
JUSTIFICATIF(S) DE DIPLOME(S) ?		
JUSTIFICATIF(S) D'ACQUIS DEJA VALIDES		
JUSTIFICATIF(S) DE FORMATION		

Informations concernant l'expérience salariée, non salariée ou bénévole en rapport avec la certification / titre visé(e) en commençant par la plus récente :

Veuillez compléter soigneusement l'ensemble des rubriques ci-dessous :

Emploi ou fonction Bénévole occupé	Nom et lieu de l'entreprise (ou autre structure) dans laquelle les activités ont été exercées	Secteur d'activité de l'entreprise ou de la structure	Statut dans cet emploi : 1 : salarié 2 : bénévole 3 : travailleur indépendant, artisan, profession libérale	Temps de travail : 1 : temps complet 2 : temps partiel	Total des heures effectuées dans cette fonction ou emploi	Périodes d'emploi	
						Date de début	Date de fin
<i>Exemple : Secrétaire Médicale</i>	ACMS	Médecine du Travail	1	2	1200 h	01/03/2010	30/06/2016

Cette page peut être dupliquée autant de fois que nécessaire. Dans ce cas, numérotez chacun des exemplaires utilisés