**Dossier de candidature -** Contrat d’Allocation Etudes

*A compléter et transmettre avant le* ***15/10/2024*** *sur* [*Ma démarche Santé (ma-demarche-sante.fr)*](https://ma-demarche-sante.fr/si_mds/servlet/login.html)

**Présentation de la structure**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure :** |  |
| Adresse postale de la structure : | 14  27  50  61  76  Rue/Avenue :  Code postal :  Ville : |
| **Numéro SIRET, SIREN ou FINESS :** | SIRET :  SIREN :  FINESS : |
| **Secteur d’activité dont relève la structure :** | Sanitaire  Social  Médico-social |
| **Type :** | Etablissement public  Etablissement de santé privé d’intérêt collectif (ESPIC)  Etablissement privé lucratif |
| **Nom du Directeur/Directrice de la structure (représentant(e) légal(e)) :** |  |
| Ses coordonnées téléphoniques : |  |
| Son mail : |  |
| **Nom et fonction de la personne en charge du dossier :** |  |
| Ses coordonnées téléphoniques : |  |
| Son mail : |  |

**Présentation de l’étudiant(e)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et Prénom :** |  |
| Adresse : | 14  27  50  61  76  Rue/Avenue :  Code postal :  Ville : |
| **Formation en cours (pendant la durée du CAE) :** |  |
| L’année 2024/2025 correspond à quelle année du cursus de formation : |  |
| **Nom et adresse de l’institut de formation ou de l’université de rattachement :** |  |
| **Projet professionnel :** |  |

**Contexte de la demande**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de structure qui sera concernée :** | CH  MAS  CHU  SAD  EHPAD  SESSAD  FAM  SSIAD  HJ  SPASAD  Autre : *précisez :* |
| **Présentation des éléments de contexte de la structure (secteur d’activité, activité principale) :** |  |
| **Nombre total de salariés ou d’agents (en ETP) :** |  |
| **Effectifs par catégorie professionnelle en 2021** |  |
| **Effectifs par catégorie professionnelle en 2022** |  |
| **Effectifs par catégorie professionnelle en 2023** |  |
| **Nombre de lits, de places :** | Nb de lits :  Nb de places : |
| **Au total, en 2021, vous avez eu :** | Nb de recrutements :  Nb de postes non pourvus :  Détail des postes non pourvus :        Taux d’absentéisme :  Taux de turn over : |
| **Au total, en 2022, vous avez eu :** | Nb de recrutements :  Nb de postes non pourvus :  Détail des postes non pourvus :        Taux d’absentéisme :  Taux de turn over : |
| **Au total, en 2023, vous avez eu :** | Nb de recrutements :  Nb de postes non pourvus :  Détail des postes non pourvus :        Taux d’absentéisme :  Taux de turn over : |
| **En 2023, concernant plus particulièrement le poste pour lequel vous souhaitez recruter un CAE, vous avez eu :** | Nb de recrutements :  Nb de postes non pourvus :  Taux d’absentéisme :  Taux de turn over : |
| **Quel est le contexte de votre structure concernant l’attractivité ?** | Difficultés de recrutement sur plusieurs métiers  Départ de professionnels pendant la période d'essai  Turn-over sur certains postes/ métiers/ unités / services  Démission de professionnels expérimentés  Absence au travail pour maladie courte ou longue durée, accident du travail  Diminution de la capacité d'accueil d'usagers  Recours à des profils non adaptés aux besoins de l'établissement  Autres : précisez : |
| **Quels sont les principaux freins à l’attractivité dans votre établissement selon vous ?** |  |

**Engagement réciproque**

L’établissement signataire du Contrat d’allocation Etudes s’engage à recruter l’étudiant(e) cosignataire après obtention de son diplôme pour une durée de 18 mois minimum. L’étudiant reçoit, à la signature du Contrat d’allocation Etudes, la première partie de l’allocation (50%).

En contre-partie du versement de cette allocation, l’étudiant(e) cosignataire s’engage à se présenter à l’examen et à exercer au sein de cet établissement après obtention de son diplôme :

L’établissement s’engage à :

* Signer le Contrat d’Allocation Etudes avec l’étudiant(e), après validation de l’ARS ;
* Accompagner l’étudiant(e) pendant son cursus (découverte service, entretiens) ;
* Verser l’allocation prévue à l’étudiant(e) selon les modalités prévues ;
* Engager l’étudiant(e) après l’obtention de son diplôme selon la durée d’engagement prévue ;
* Informer l’Agence Régionale de Santé dans le mois qui suit, tout changement de situation (rupture de la convention pendant les études, absences, redoublement, non-respect de l’engagement à rester dans l’établissement après la fin des études...).
* Dans le cas du non-respect de cette modalité, l’établissement devra rembourser à l’Agence Régionale de Santé la totalité des crédits versés.
* Reverser à l’Agence Régionale de Santé les crédits versés en cas de rupture des études de l’étudiant(e), de non obtention du diplôme d’Etat ou de refus de prise de poste au sein de l’établissement recruteur et en cas de démission en cours d’engagement

L’étudiant(e) s’engage à :

* Poursuivre ses études et à se présenter aux épreuves du diplôme d’état
* Travailler, après l’obtention de son diplôme, dans cet établissement durant 18 mois à temps plein hors période d’absences pour des motifs autres que congés annuels et autorisation d’absence pour évènement familiaux.
* En cas d’engagement à temps partiel, la durée d’exercice sera prolongée au prorata du temps de travail prévu dans le contrat d’engagement.
* Informer l’établissement de tout changement de situation
* Reverser la totalité de l’allocation perçue à l’établissement en cas de rupture des études, de non obtention du diplôme d’Etat ou de refus de prise de poste au sein de l’établissement recruteur
* Reverser la somme perçue à l’établissement dans le cas où la durée de l’engagement de servir prévue n’est pas respectée.

Signatures conjointes qui attestent de l’engagement des parties à conclure un CAE commun :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pour la Direction** | | **L’étudiant(e)** | |
| **Nom, prénom :** |  | **Nom(s), prénom(s) :** |  |
| **Date :** |  | **Date :** |  |
| **Signature :** |  | **Signature(s) :** |  |