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

*A compléter et transmettre avant le* ***30/09/2024*** *sur www.stars-fir.fr*

**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 :** |  |

**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) :** |  |

**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 2022** |  |
| **Effectifs par catégorie professionnelle en 2023** |  |
| **Effectifs par catégorie professionnelle en 2024** |  |
| **Nombre de lits, de places :** | Nb de lits :  Nb de places : |
| **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 : |
| **Au total, en 2024, vous avez eu :** | Nb de recrutements :  Nb de postes non pourvus :  Détail des postes non pourvus :        Taux d’absentéisme :  Taux de turn over : |
| **En 2024, 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 ?** |  |