

# 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 :

ASSISTANT(E) MEDICO-ADMINISTRATIF(VE) DE CLASSE SUPERIEURE de Niveau 5 Europe  
RNCP – EQUIVALENT BAC+2

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.

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 :

- ASSISTANT(E) MEDICO-ADMINISTRATIF(VE) DE CLASSE SUPERIEURE de Niveau 5 Europe RNCP – EQUIVALENT BAC+2
- 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 .....

Signature du demandeur :

Le : ..... / ..... / .....

### 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 : **ASSISTANT(E) MEDICO-ADMINISTRATIF(VE) DE CLASSE SUPERIEURE**
- 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 OBLIGATOIREEMENT 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

## ASSISTANT(E) MEDICO-ADMINISTRATIF(VE) de Classe Supérieure

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

| BLOC 1 ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ |   |
|--|---|
|  | <input type="checkbox"/> Gérer et mettre à jour les plannings (salles d'examens, planning blocs opératoires, secrétaires médicales...) <input type="checkbox"/> Organiser les colloques et séminaires <input type="checkbox"/> Élaborer les matrices (outils) et améliorer la gestion administrative : comptes rendus, courriers-types, ordre du jour <input type="checkbox"/> Concevoir des supports d'information : affiches COVID19, triptyques exemple : les gestes barrières <input type="checkbox"/> Créer des supports (diaporama, présentation sous PowerPoint)   |
| Cette liste n'est pas exhaustive                               |   |
| BLOC 2 ASSISTANAT MEDICO-TECHNIQUE                             |   |
|  | <input type="checkbox"/> Donner les consignes de déshabillage ou d'aider si besoin <input type="checkbox"/> Informer le patient sur tous les protocoles et recommandations de soins sous forme de fiches <input type="checkbox"/> Appliquer les protocoles relatifs aux paramétrages des machines <input type="checkbox"/> Préparer les charriots et les plateaux de soins <input type="checkbox"/> Prendre les constantes (la tension artérielle, poids, taille, saturation en oxygène...) <input type="checkbox"/> Retranscrire directement dans le dossier médical ou carnet de santé, les données que le médecin dicte pendant la consultation <input type="checkbox"/> Mettre des gouttes dans les yeux pour dilater les pupilles en cas d'examen de fond d'œil chez l'ophtalmologue <input type="checkbox"/> Expliquer les protocoles et appliquer des crèmes et produits anesthésiants (en cabinet d'esthétique) <input type="checkbox"/> Désinfecter les salles d'examens <input type="checkbox"/> Vérifier si les patients (bébés et adultes) sont à jour de leurs vaccinations <input type="checkbox"/> Pratiquer les gestes de 1 <sup>er</sup> secours (AFGSU niveau 1 en option) Etc. |
| Cette liste n'est pas exhaustive                               |   |
| BLOC 3 COORDINATION ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT                  |   |
|  | <input type="checkbox"/> Coordonner, accompagner et mettre en lien les patients avec l'ensemble de l'équipe médicale (examens complémentaires) <input type="checkbox"/> Questionner le patient (selon un protocole établi par le médecin) en vue de remplir une fiche de préconsultation <input type="checkbox"/> Vérifier le dossier médical constitué en amont par le secrétariat médical <input type="checkbox"/> Contrôler l'intégralité du dossier médical avant de le remettre à la secrétaire médicale ou au service concerné pour archivage <input type="checkbox"/> Maitriser la terminologie médicale pour réexpliquer les protocoles lors d'un suivi médical ou lors d'une hospitalisation   |
| Cette liste n'est pas exhaustive                               |   |
| BLOC 4 RECRUTEMENT-FORMATION-ENCADREMENT (TUTORAT)             |   |
|  | <input type="checkbox"/> Aider au recrutement et à la sélection des stagiaires, des apprenants en alternance, les agents et secrétaires médicales débutantes <input type="checkbox"/> Élaborer et mettre à jour les fiches de poste des agents et secrétaires médicales (AMA de classe normale dans le secteur public) <input type="checkbox"/> Intégrer, former et encadrer les secrétaires médicales débutantes, les stagiaires (Contrat professionnalisation, apprentissage etc.) <input type="checkbox"/> Créer un guide de méthodologie d'intégration nouveau collaborateur  |
| Cette liste n'est pas exhaustive                               |   |
| BLOC 5 PRÉPARATION DES DOCUMENTS COMPTABLES                    |   |
|  | <input type="checkbox"/> Commander et gérer les stocks (Produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux exemples : lentilles botox, gants, masques...) <input type="checkbox"/> Négocier et suivre les contrats avec les différents fournisseurs (appareils, fournitures dans les cabinets privés) <input type="checkbox"/> Collecter tous les documents comptables (Exemples : Factures, relevés de banque...) <input type="checkbox"/> Saisir sur logiciel interne ou sur tableau Excel les heures de présence, absence, congé des salariés et stagiaires du cabinet <input type="checkbox"/> Contacter, traiter et relancer les impayés (Tiers payent, retour NOEMIE et contacter les services extérieurs ( mutuelle, CPAM...))   |
| Cette liste n'est pas exhaustive                               |   |
| BLOC 6 TRACABILITÉ SUIVI QUALITÉ                               |   |
|  | <input type="checkbox"/> Participer à l'accréditation qualité de l'établissement de santé (exemple procédure en matière d'hygiène) <input type="checkbox"/> Compléter les déclarations relatives aux effets indésirables liés aux soins (pharmacovigilance sous le contrôle du médecin) <input type="checkbox"/> Faire appliquer les mesures d'hygiène au cabinet   |
| Cette liste n'est pas exhaustive                               |   |



## 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 EXERCÉE | ACTIVITÉS, TACHES, TRAVAUX | LOGICIELS, MATERIELS EMPLOYÉS, 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,<br>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**

6/8



## LISTE DES JUSTIFICATIFS JOINTS A VOTRE DEMANDE

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



## 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<br>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 | <u>Statut dans cet emploi :</u><br>1 : salarié<br>2 : bénévole<br>3 : travailleur indépendant, artisan, profession libérale | <u>Temps de travail :</u><br>1 : temps complet<br>2 : temps partiel | Total des heures effectuées dans cette fonction ou emploi | Périodes d'emploi |             |
|---|---|---|---|---|---|-------------------|-------------|
|   |   |   |   |   |   | Date de début     | Date de fin |
| Exemple :<br>Assistante Médico-Administratif(ve) de Classe Supérieure | HOPITAL NECKER  | SECTEUR PUBLIC  | 1   | 1   | 1200 h  | 01/03/2010        | 30/06/2016  |
| Assistante Médicale   | CLINIQUE BLOMET   | SECTEUR PRIVE   | 1   | 1   | 151.61 h  | 01/07/2017        | A ce jour   |
|   |   |   |   |   |   |                   |             |
|   |   |   |   |   |   |                   |             |
|   |   |   |   |   |   |                   |             |

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