

# 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 .....

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 : **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 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 SECRÉTAIRE 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

#### OUVERTURE

- Allumage des ordinateurs, logiciels et de tous les matériels spécifiques au démarrage de l'activité
- Réapprovisionnement (ordonnances, fournitures et matériels inhérents au fonctionnement)
- Stérilisation (si besoin) et/ou vérification des instruments
- Traitement des messages (répondeur, cahier de messages, mails...)
- Édition de la liste des consultations et sortie (si version papier) du dossier médical du patient

Cette liste n'est pas exhaustive

**AUTRES :**

---



---



---

#### FERMETURE

- Extinction des logiciels et/ou matériels
- Mise en marche du répondeur
- Activation de l'alarme si préconisé
- Fermeture du bureau ou de l'établissement si
- Nécessaire

Cette liste n'est pas exhaustive

**AUTRES :**

---



---



---

### BLOC 2 ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DU PATIENT

- Réceptionner tous les appels (patients, confrères médecins, infirmiers, visiteurs médicaux, etc.)
- Fixer les rendez-vous (selon les urgences), installer le patient dans le lieu approprié aux examens.
- Confirmer la veille les rdvs pour la consultation (gestion liste d'attente), gérer les retards.
- Accueillir les patients, coursiers, visiteurs médicaux, ambulanciers, taxis etc.
- Demander les documents indispensables à la consultation (carte vitale, carte mutuelle, résultats d'analyses etc.)
- Expliquer les conduites à tenir dans le cas de préparation à des examens spécifiques, ex : coloscopie, etc.

Cette liste n'est pas exhaustive ...

Cette liste n'est pas exhaustive

**AUTRES :**

---



---



---

### BLOC 3 CRÉATION ET MISE A JOUR DU DOSSIER PATIENT

- Créer, actualiser, classer, archiver, imprimer le dossier patient, les étiquettes ou la fiche de consultation
- Scanner les documents indispensables à la consultation (carte vitale, carte mutuelle, résultats d'analyses etc.)
- Lire l'ordonnance afin d'enregistrer la prescription (Labo, radio etc.)

Cette liste n'est pas exhaustive

**AUTRES :**

---



---



---

### BLOC 4 RÉALISATION DE TACHES ADMINISTRATIVES DIVERSES

- Effectuer la frappe de courriers et de comptes rendus (opérateurs, de consultation) avec dictaphone ou dictée
- Compléter les documents spécifiques au Tiers Payant, CMU, AME, Accidents du Travail, FSE Mutualées...
- Ouvrir, trier, dispatcher, affranchir et poster le courrier selon les services ou médecins
- Coder, saisir les actes médicaux pour toutes les spécialités.
- Faire l'encaissement : intégralité du prix de la consultation, ticket modérateur (tiers payant)
- Saisir et envoyer les Feuilles de Soins Électroniques à la CPAM et Mutualées
- Créer tableau pour les encaissements de fin de journée (espèces, CB, chèques)
- Remettre à la banque espèces, chèque

Cette liste n'est pas exhaustive

**AUTRES :**

---



---



---



## 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, 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
<b>JUSTIFICATIFS D'IDENTITE</b> 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> (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 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> 1 : salarié 2 : bénévole 3 : travailleur indépendant, artisan, profession libérale	<u>Temps de travail :</u> 1 : temps complet 2 : temps partiel	Total des heures effectuées dans cette fonction ou emploi	Périodes d'emploi	
						Date de début	Date de fin
<u>Exemple :</u> Secrétaire Médicale	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