

Pièces à nous retourner

Pièces à nous envoyer par email (ou par courrier) :

- Application Form et bulletin d'adhésion (ce dossier ou extraction des pages 2 à 11)
- Présentation Photos
- Optionnel : lien de votre vidéo (à télécharger sur youtube en "non répertoriée" ainsi seuls nous et les familles y auront accès. N'hésitez pas à visiter notre Blog pour tout savoir sur comment et pourquoi faire une vidéo : <https://www.apitu.com/fr/blog-apitu/2020/02/48-comment-et-pourquoi-faire-une-video-de-presentation-pour-ton-dossier-au-pair-.html>)
- Certificat médical APITU (pages 12-15) scanné
- Extrait de votre casier judiciaire. Demande gratuite en ligne www.cjn.justice.gouv.fr
- Dernier diplôme ou dernier relevés de notes
- Copie de votre titre d'identité (recto/verso). Passeport obligatoire pour les pays hors Europe
- Copie de votre permis de conduire (si applicable)
- Tout document que vous jugez utile et intéressant (BAFA, diplômes divers, référence profs)

Exemple de plan de lettre de motivation : cette lettre, comme les photos, sont les éléments les plus personnels de votre dossier. C'est à la lecture de cette lettre que la famille pourra savoir si vous correspondez à leur mode de vie et donc si vous vous intégrerez facilement.

N'hésitez pas à développer ce qui vous semble important et surtout soyez honnête mais pas modeste !

N'oubliez pas de développer aussi vos expériences avec des personnes âgées si vous avez coché l'option Elderly Companion (vos grands-parents représentent une expérience par exemple !)

- **Vous** : présentez-vous en considérant qu'ils ne connaissent rien de vous (votre personnalité, vos traits de caractères)
- **Votre famille, votre environnement**
- **Vos loisirs**
- **Votre parcours scolaire**
- **Votre expérience en garde d'enfants** (et ce que vous aimez faire avec eux) / accompagnement personnes âgées
- **Vos motivations**
- **Votre expérience professionnelle**
- **Vos projets futurs**

Présentation photos:

C'est l'élément le plus personnel de votre dossier. L'idée est donc de vous présenter en photos.

- **1 Page de photos avec légendes sur VOUS** (vos hobbies, vos activités, éventuellement des photos de voyages, que vous aimez bien tout simplement)
- **1 Page de photos pour présenter votre famille et votre environnement**
- **1 Page de photos sur votre expérience de garde d'enfants** (même celle en famille !!)



9 Avenue Aristide Briand - 35120 Dol de Bretagne

+ 33 (0) 2 99 73 22 36 - apitu@apitu.com - www.apitu.com

Inscription et placement:

Afin de valider votre dossier vous devrez régler l'inscription. Vous pouvez choisir de régler nos frais par chèque ou CB.

- Paiement par CB, simplement en suivant le lien : <https://www.apayer.fr/apitu>
- Paiement par chèque : à l'ordre d'APITU

1. **Inscription:** 120€ encaissable à acceptation de votre dossier (non remboursable)

2. **Options** (Encaissable à réception de votre dossier)

Option entretiens et conseils : 50€

Option cours d'anglais pour au pair en ligne : 30€

3. **Placement:** 180€ pour l'Europe, 250€ pour Australie (attention pour le programme Gold vous devrez régler les frais d'orientation directement à notre partenaire) et la Nouvelle-Zélande. Encaissable à confirmation de placement.



9 Avenue Aristide Briand - 35120 Dol de Bretagne

+ 33 (0) 2 99 73 22 36 - apitu@apitu.com - www.apitu.com

CONTACT DETAILS

Nom complet *

Prénom Deuxième prénom Nom de famille

Current Address *

Numéro et rue

Complément d'adresse

Ville

Code Postal

Pays

Adresse email *

Skype

exemple@exemple.com

Home Phone Number *

Mobile Phone Number *

indicateur pays

Téléphone

Indicateur pays

Téléphone

APPLICATION FORM

Formulaire à compléter dans la langue du pays choisi ou en anglais à défaut.

I am applying for (Vous pouvez cocher plusieurs options / destinations si vous le souhaitez):

Au Pair

Elderly Companion

Angleterre

Ecosse

Irlande

Islande

Espagne

Italie

Australie, Gold

Australie, Silver

Australie, Classic

Nouvelle-Zélande

Earliest start date *



Jour Mois an

Latest start date



Jour Mois an

Date you need to return home



Jour Mois an

Length of stay in months *

Specific Area(s) : Précisez ici où vous souhaitez partir (région, ville, zones spécifiques)

Personal details

Nom complet *

Age *

Prénom

Nom de famille

Nationality *

Date of birth *



Jour Mois an

Father's profession

Mother's profession

Do you have any brothers or sisters? Ages ?

Are you vegetarian ? *

If yes, are you willing to prepare meat for the family?

Oui Non

Oui non

Do you smoke *

If yes, how many cigarettes per day ?

Oui Non

If you do smoke, would you accept to certify that you would never smoke when responsible for the children and never in your host family's house or garden?

Oui Non

Do you have any health problems or special diet? If yes, explain

Religion

Do you practise? If so please specify.

Driving

Do you have a full Driving license? *

If so, since when?

Oui

Non

Do you drive your own car?

How often do you drive?

Oui

Non

Quotidien

A few times a week

A few times a month

Rarely

Would you feel comfortable driving (1 being not at all and 5 very comfortable)

1

2

3

4

5

In a large town

On the motorway

In the countryside

Education

langages

Native

Fluent

Good

Fair

Poor

None

French

English

Italian

Spanish

German

How many years have you been studying?

English

Italian

Spanish

German

Level of studies (last diploma)

Your childcare or Elderly companion experience and preferences

Experience with (1 being none and 5 very good) and willingness to look after

1 2 3 4 5 Willing to look after

3 - 12 months old

1 - 2 years old

2 - 6 years old

6 - 11 years old

Over 11 years old

Children with disabilities

Elderly companion

Do you have any diplomas which may be useful for caring for children? (First Aid, Youth Leader, BAFA...). If so, please specify:

Can you

Yes

No

Prepare a baby's bottle

Change a nappy

Feed a baby with a bottle

Feed a baby with a spoon

Bath a 0-12 months old child

Bath a 13-24 months old child

Help with homework

Help getting dressed

Care for a sick child

Cook for children

Elderly companion duties

Information you would like to add regarding your childcare or elderly care experience

Your childcare or elderly companion references :

Nouvelle-Zélande : Minimum 2 références / Australie Gold : Minimum 200 heures de garde au total / Autres : Minimum 2 références ou 1 référence de 200 heures.

Merci de renseigner les adresses emails (au minimum les numéros de téléphone)

Experience 1 - Name of referee

Téléphone

Adresse email

Code pays

Téléphone

exemple@exemple.com

Names and ages of children when you first took care of them or age of elderly person

Tasks

Area of experience *

Dates (from ... to)

Total number of hours

Frequency of care

Agency use ONLY

Experience 2 - Name of referee

Téléphone

Email address

Code pays

Téléphone

exemple@exemple.com

Names and ages of children when you first took care of them or age of elderly person

Tasks

Area of experience

Dates (from ... to)

Frequency of care

Total number of hours

Agency use ONLY

Experience 3 - Name of referee

Téléphone

Email address

Code pays

Téléphone

exemple@exemple.com

Names and ages of children when you first took care of them or age of elderly person

Tasks

Dates (from ... to)

Area of experience

Total number of hours

Frequency of care

Agency use ONLY

Your placement

How comfortable do you feel

1 2 3 4 5

Cooking

Baking

Doing light housework

Ironing

Doing laundry

Vacuum cleaning

Tidying up

Food shopping

Would you accept a placement with/in ?

Yes Maybe No

A single mother

A single father

A family from a different religion

In the countryside (with use of a car or alternative transportation solutions)

In a village

In a small town

In a town

Pets in the house

Your interests/personality

Can you? (1 being not at all, 5 very well)

1 2 3 4 5

Ride a bike

Ride a horse

Swim

Hobbies : music, sports, reading, etc...

How would you describe your personality?

Have you ever travelled? Please give details:

Give a brief summary of your work experience:

What is your goal after your au pair stay ?

Would you like to add any information concerning your placement ?

Name and telephone number of the person to contact in case of an emergency:

Comment nous avez vous connu ?

Préciser

Avez vous participé à une réunion d'information ? si oui, où (Dol de Bretagne, Rennes, Brest, Angers, Nantes) ?

Je déclare toutes les informations données complètes et vraies. Ce formulaire valant bulletin d'adhésion. Je comprends que toutes fausses déclarations mèneraient à mon renvoi immédiat sans préavis et aucune compensation ni remplacement possible. *

Oui

Date



Jour Mois an

Nom

Prénom

Nom de famille

Certificat Médical / Medical form

Une version à faire compléter par votre médecin vous sera envoyé à réception de votre dossier

Nom

Prénom

Nom de famille

Tick the appropriate boxes if you presently suffer from or ever had / Cocher les cases appropriées si vous souffrez actuellement ou avez déjà souffert de:

tuberculosis / tuberculose	eye problems / problèmes aux yeux	ulcers / ulcères
venereal disease /maladie vénérienne	diabetes/diabète	scarlet fever /scarlatine
polio	malaria / paludisme	menstrual problems / problèmes menstruels
epilepsy / convulsions	pregnancy / grossesse	ear infection / Infection aux oreilles
gall bladder problems /problèmes de vésicule biliaire	anorexia / anorexie	glandular fever /fièvre glandulaire
sleep walking /somnambule	hepatitis / hépatite	anemia / anémie
arthritis / arthrite	dizziness / fainting / vertiges / évanouissements	chicken Pox / varicelle
herpes / herpès	depression / dépression	hernia / hernie
heart disease / problèmes de cœur	rheumatic fever /rhumatisme articulaire	mumps / oreillons
asthma / asthme	rubella / rubéole	bulimia / boulimie
varicose veins / varices	kidney disease /maladie rénale	headaches / migraines

If you have ticked any of the above, give details including dates / Si vous avez coché une des cases ci-dessus, merci de donner des détails et des dates :

Yes No

Other than to complete this medical form or for routine exams, have you visited the doctor or been hospitalized within the last 12 months ? / Hormis pour remplir ce formulaire, avez-vous été chez le médecin ou avez-vous été hospitalisé(e) durant les 12 derniers mois ?

Have you ever received counselling and /or medication for a nervous problem, eating disorder, depression or emotional problem?/ Avez-vous déjà reçu une thérapie et/ou un traitement pour des troubles émotionnels ou nerveux, troubles alimentaires, dépression ?

Do you have any food allergies? / Avez-vous des allergies alimentaires ?

Have you ever been a victim of sexual, emotional or physical abuse? / Avez-vous déjà été victime de violence sexuelle, psychologique ou physique ?

Do you have any allergies to animals? / Etes-vous allergique à certains animaux ?

Do you have any other allergies / Avez-vous d'autres allergies?

Is your physical ability restricted in any way? / Est-ce que votre capacité physique est restreinte?

Are you currently taking any medication? / Prenez-vous des médicaments actuellement ?

Do you have any habits which may affect your health? (E.g. alcohol, cigarettes, drugs)? / Avez-vous des habitudes qui peuvent affecter votre santé ? (ex : alcool, cigarettes, drogues) ?

Do you carry any infectious diseases such as hepatitis or the HIV virus in your blood? Avez-vous des maladies contagieuses telles que les hépatites ou le VIH ?

Do you have any chronic or recurring illnesses? / Avez-vous des maladies récurrentes ou chroniques ?

I understand and agree that host families may have access to this medical form. Should an emergency arise, I authorize any medical provider to release information regarding my condition to APITU or their insurance provider / emergency assistance services and understand that they can contact my next of kind, without prior consent. The above information is correct to the best of my knowledge and I hereby give permission for emergency medical care to take place should it be necessary. I also understand that withholding or falsifying any information may result in me being withdrawn from the program. / Je comprends et j'accepte que les familles d'accueil puissent avoir accès à ce certificat médical. En cas d'urgence, j'autorise tout fournisseur de soins médicaux à communiquer des renseignements à mon sujet à APITU ou aux services prestataires d'assurance / assistance d'urgence et comprends qu'ils peuvent contacter mes parents, sans autorisation préalable. Les informations ci-dessus sont à ma connaissance exactes et je donne la permission pour des soins médicaux d'urgence si cela s'avère nécessaire. Je comprends également que le retrait ou la falsification des informations peut entraîner mon retrait du programme. *

Oui / Yes

Date



Jour Mois an

Nom

Prénom

Nom de famille

