

FICHE D'INSCRIPTION AUX ÉPREUVES D'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS 2023

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

PRENOMS :

DATE de NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE : Dpt :
(préciser l'arrondissement pour Marseille, Lyon, Paris)

SEXE masculin féminin

NATIONALITE :

N° SECURITE SOCIALE

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : VILLE :

N° TELEPHONE :

N° PORTABLE :

MAIL : @

Situation actuelle :

- Demandeur d'emploi Pôle Emploi
- Mission Locale
- Cap Emploi
- Continuité de parcours scolaire
- ASHQ (1 an temps plein minimum)
- Agent de service (1 an temps plein minimum)
- Formation 70h + 6 mois de service temps plein minimum
- Contrat d'apprentissage :
- Autre :

RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

- Pièce d'identité en cours de validité
- Titre de séjour valide à l'entrée en formation pour les ressortissants étrangers
- Lettre de motivation manuscrite
- Curriculum Vitae
- Document manuscrit relatant une situation personnelle ou professionnelle (2 pages maximum)
- Copie de l'original du ou des diplôme.s traduit.s en français
- Copie des relevés bulletins scolaires
- Attestation.s de travail, appréciations
- Attestation de suivi de préparation à l'admission
- 2 timbres tarif en vigueur
- Autorisation du représentant légal pour mineur.e
- Attestation de prise en charge OPCO, ANFH, employeur
- Attestation VAE
- Niveau de langue B2 ou document permettant d'évaluer les capacités et les attendus en français
- Copie du contrat d'apprentissage ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches
- Attestation ASH formation 70h

Diplômes ou attestations :

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| BAC ASSP | <input type="checkbox"/> | DEAES | <input type="checkbox"/> |
| BAC SAPAT | <input type="checkbox"/> | DEAP | <input type="checkbox"/> |
| Autre BAC | <input type="checkbox"/> | TP AVF | <input type="checkbox"/> |
| DA ou CAA | <input type="checkbox"/> | ASH formation 70h | <input type="checkbox"/> |
| Assistant de régulation médicale | <input type="checkbox"/> | Autre..... | <input type="checkbox"/> |
| Agent de service médico-social | <input type="checkbox"/> | | |

Je demande mon inscription et j'accepte sans réserve le règlement qui régit les épreuves de sélection.

Je m'engage également à suivre la totalité de la formation.

Les allègements de formation (parcours individualisés) seront mis en place par le/la directeur.trice de l'institut après admission en formation.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées sur ce document.

Les résultats peuvent être diffusés sur le site de l'institut. La réglementation vous autorise à vous opposer à ce que votre nom apparaisse. Merci de cocher la case correspondant à votre choix.

Affichage autorisé Affichage non autorisé Fait à, le

Signature