

NOM PRÉNOM :NIVEAU :

FICHE D'INSCRIPTION - Sélection AIDE-SOIGNANT 2019 - Rentrée JANVIER 2020
Parcours complet (les Bac Pro ASSP et SAPAT s'inscrivant sur cette liste renoncent à leur dispense de module)

Epreuves d'Admission à l'Institut de Formation Aide-Soignant(e) NIGHTINGALE BAGATELLE

Cadre réservé à l'I.F.A.S. : Ne rien inscrire dans cette partie

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pièce d'identité | <input type="checkbox"/> Inscription A.N.P.E. (si demandeur d'emploi) |
| <input type="checkbox"/> Droit d'inscription de 80 € | <input type="checkbox"/> Timbres auto adhésifs (4) |
| <input type="checkbox"/> Diplôme niveau IV | <input type="checkbox"/> Diplôme niveau V |
| <input type="checkbox"/> Certificat de participation à la journée d'Appel de Préparation à la Défense / Attestation de Recensement | |

Remis en main propre Accusé de réception Validé par :

Merci d'écrire en MAJUSCULE

Féminin Masculin

Nom (de jeune fille):..... Nom Marital :..... Prénom :.....

Date de naissance :..... Lieu de naissance :..... Nationalité :.....

Adresse :.....

Code Postal :..... Commune :.....

Téléphone :..... Portable :..... E. mail :.....

DIPLOME ET NIVEAU OBTENUS (Cocher la case correspondante et joindre la photocopie)

Parcours complet :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> B.E.P. Sanitaire et Social | <input type="checkbox"/> Brevet des Collèges (B.E.P.C.) |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> B.E.P. Agricole (Service aux Personnes) |
| <input type="checkbox"/> Série : | <input type="checkbox"/> Diplôme Etranger (attestation d'accès aux études universitaires) |

Autorise la publication sur internet de mes résultats oui non

Si vous avez moins de 26 ans seriez-vous intéressé par faire votre formation en contrat d'apprentissage ? oui non

Situation au moment de l'inscription :

Etudiant/lycéen Inactif, précisez :

Salarié Demandeur d'emploi

Si salarié : Poste occupé :

Nom de l'établissement :

Nom et fonction du responsable :

Adresse :

.....

CP :Ville :

Téléphone :

Email :

Type de contrat : CDD CDI Intérim

Contrat de professionnalisation

Autre, précisez :

Prise en charge de la formation :

Conseil Régional (si demandeur d'emploi ou primo sortant de la formation initiale)

Employeur (si différent du lieu de travail)

Raison sociale : Public Privé

Nom et fonction du responsable :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E. mail :

Organisme de financement (OPCA, ANFH, Fongecif, UNIFAF...)

Raison sociale : Public Privé

Nom et fonction du contact :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E. mail :

Vaccinations obligatoire : fiche médicale à compléter avant le 01/10/2019.

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A _____, le _____

Signature