

NOM PRÉNOM : .....

**FICHE D'INSCRIPTION - Sélection AIDE-SOIGNANT 2019 - Rentrée JANVIER 2020  
BAC PROFESSIONNEL SAPAT / ASSP**

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 <b>auto adhésifs</b> (4)   |
| <input type="checkbox"/> Diplôme niveau IV              | <input type="checkbox"/> Diplôme niveau V   |
| <input type="checkbox"/> Lettre de motivation           | <input type="checkbox"/> Bulletins scolaire 1 <sup>ère</sup> et Terminale                             |
| <input type="checkbox"/> Feuille d'évaluation de stages | <input type="checkbox"/> Certificat de participation à la journée d'Appel de Préparation à la Défense |
| <input type="checkbox"/> Curriculum Vitae               | Attestation de Recensement  |
| <input type="checkbox"/> Remis en main propre           | <input type="checkbox"/> Accusé de réception  |
|   | <input type="checkbox"/> Relevé de notes du Bac pro   |
- 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)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bac Pro A.S.S.P     | <input type="checkbox"/> Bac Pro S.A.P.A.T.        |
| <input type="checkbox"/> Autre diplôme ..... | <input type="checkbox"/> Candidat inscrit A.N.P.E. |

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