



## Formation d'Accompagnement au dispositif d'entrée en IFAS

<p style="text-align: right;">N° Dossier : <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> (réservé à l'administration)</p>	<p>Coller photo d'identité 👉 <b>ici</b></p>
<p>N° National d'Identification (<b>Séc. Sociale</b>) : .....</p> <p><b>NOM :</b> .....</p> <p>NOM MARITAL : .....</p> <p>Prénom : ..... Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/></p> <p>Né(e)le : ..../.../ ..... à : ..... Département : .....</p> <p>Situation familiale : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/></p> <p>Adresse : .....</p> <p>.....</p> <p>Code Postal : ..... Ville : .....</p> <p>Téléphone : .....</p> <p>Mail (<b>identifiable à votre Nom et Prénom</b>) : .....</p> <p>Etes-vous en situation de handicap ? <input type="checkbox"/> Oui Aménagement ..... <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><b>RESERVE A L'ADMINISTRATION</b></p> <p><input type="checkbox"/> Photo identité</p> <p><input type="checkbox"/> Copie du Pass sanitaire Schéma vaccinal complet</p> <p><b>Droits d'inscription :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Att°. Prise en charge employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Argumentaire de Prescription Pôle emploi ou Mission Locale</p> <p><input type="checkbox"/> Notification MDPH ou médecin habilité</p>
<b>DIPLOMES :</b>	
<p><input type="checkbox"/> <b>Baccalauréat</b> : Série ..... Date d'obtention .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Autre</b> : Précisez .....</p>	
<b>SITUATION avant la préparation :</b>	
<p><input type="checkbox"/> <b>Scolarisé/e</b> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Salarié/e</b> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, coordonnées employeur : .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Demandeur d'emploi</b> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Date d'inscription à Pôle Emploi : ..... <b>ou</b> Mission locale : .....</p>	
<b>PRISE EN CHARGE FINANCIERE de la préparation :</b>	
<p><input type="checkbox"/> Promotion Professionnelle Hospitalière</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Autre</b> (précisez) .....</p>	
<p>J'ai pris connaissance de l'obligation d'être à jour des vaccinations (voir plaquette). Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.</p> <p>Fait à : ..... Signature :</p> <p>Le : .....</p>	<p>Dossier complet déposé le.....</p>

# Dossier d'inscription

**Dépôt du dossier : du 18/01/2023 au 06/03/2023**

Les dossiers peuvent être postés ou déposés dans la boîte aux lettres située à l'entrée de l'institut  
TOUT DOSSIER INCOMPLET sera refusé.

## Pièces à fournir pour constituer le dossier

- Fiche d'inscription dûment remplie
- 1 photographie d'identité couleur correspondant à la réglementation Française (de face, tête nue, parfaitement ressemblante) collée à l'emplacement indiqué sur la fiche d'inscription.
- Notification MDPH ou médecin habilité

**Droits d'inscription 1250 €** (coût de la formation) :

- Fiche de prescription Pôle emploi (pour une prise en charge par la Région du coût de la formation)
- ou
- Argumentaire de Mission Locale (pour une prise en charge par la Région du coût de la formation)
- ou
- Attestation de prise en charge financière par l'employeur