



CENTRE HOSPITALIER  
DE DIGNE LES BAINS



Instituts de Formations Paramédicales



## Dossier d'inscription

Formation d'Accompagnement au dispositif d'entrée en IFAS

**Dépôt du dossier au plus tard le 29/02/2024**

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

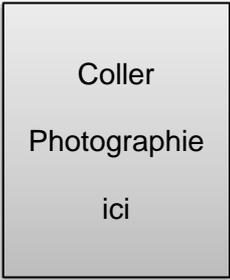
### Pièces à fournir pour constituer le dossier

- 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.
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle

**Pour la prise en charge du coût de la formation 1250 € par la Région, vous devez fournir :**

- 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

**FICHE D'INSCRIPTION 2024**  
**Formation d'accompagnement au dispositif d'entrée en I.F.A.S**



N° Dossier : ..... (réservé à l'administration)

N° National d'Identification (Séc. Sociale) : .....

NOM : .....

NOM MARITAL : .....

Prénom : ..... Sexe : Masculin  Féminin

Né(e)le : .../.../..... à :..... Département :.....

Situation familiale : Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Mail (identifiable à votre Nom et Prénom) : .....

Etes-vous en situation de handicap ?  Oui Aménagement .....  
 Non

**RESERVE A L'ADMINISTRATION**

- Photo identité
- Attestation responsabilité civile
- Prise en charge formation :  
 Att°. Prise en charge employeur
- Argumentaire de Prescription Pôle emploi ou Mission Locale

**DIPLONES :**

- Baccalauréat : Série ..... Date d'obtention .....
- Autre : Précisez .....

**SITUATION avant la formation :**

- Scolarisé/e : Oui  Non
- Salarié/e : Oui  Non
- Si oui, coordonnées employeur : .....
- .....
- Demandeur d'emploi : Oui  Non
- Date d'inscription à Pôle Emploi : ..... ou Mission locale : .....

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE de la formation :**

- Promotion Professionnelle Hospitalière
- Autre (précisez) .....

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.

Fait à : ..... Signature : .....

Le : .....

Dossier complet déposé le.....