

**FICHE D'INSCRIPTION AUX ÉPREUVES D'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION
D'AIDE-SOIGNANT 2021/2022**



Merci de cocher **la case** indiquant votre choix, à la suite de la sélection :

- Je veux intégrer le site de **Digne les Bains (40 places)** en septembre 2021
- Je veux intégrer le site de **Manosque (10 places)** en janvier 2022
- Je veux intégrer **l'un des deux sites** suivant les places disponibles

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

PRENOMS :

DATE de NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE : Dpt :

SEXE masculin féminin

NATIONALITE :

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)
- Autre :

Diplômes ou attestations :	
BAC ASSP <input type="checkbox"/>	DEAP <input type="checkbox"/>
BAC SAPAT <input type="checkbox"/>	DEAVF <input type="checkbox"/>
Autre BAC <input type="checkbox"/>	DEAVS <input type="checkbox"/>
DA ou CAA <input type="checkbox"/>	MC aide à domicile <input type="checkbox"/>
TP AVF <input type="checkbox"/>	DEAES <input type="checkbox"/>
AMP <input type="checkbox"/>	ASH formation 70h <input type="checkbox"/>
Autre	

RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Pièce d'identité en cours de validité

Titre de séjour valide

Lettre de motivation manuscrite

CV

Document manuscrit situation personnelle/professionnelle ou p.professionnel

Copie du ou des diplôme.s

Copie des relevés ou bulletins scolaires

Attestation de travail, appréciations, courrier employeur

1 timbre au tarif lent

Autorisation du représentant légal pour mineur

Attestation de prise en charge FORMATION :

- OPCO
- Employeur
- Prescription Pôle emploi/ML/Cap

Documents justifiant exp. personnelle

Niveau de langue B2

Attestation sécurité sociale

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 dispenses demandées seront étudiées par l'institut le cas échéant et en fonction des évolutions règlementaires.

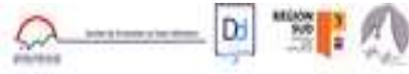
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées sur ce document. Les résultats peuvent être diffusés sur le site de l'institut. La réglementation vous autorise à vous opposer à ce que votre nom apparaisse. Merci de cocher la case correspondant à votre choix.

Affichage autorisé

Affichage non autorisé

Fait à, le

Signature



N° Dossier : (réservé à l'administration)

AUTORISATION DU/DE LA REPRÉSENTANT.E LÉGAL.E ENFANT MINEUR.E
SÉLECTION POUR L'ENTRÉE EN FORMATION
D'AIDE-SOIGNANT 2021/2022

**Document à nous retourner avec votre dossier d'inscription
UNIQUEMENT pour les candidat.e.s mineur.e.s.**

Je soussigné.e : Madame Monsieur

Demeurant :

.....
.....
.....

et agissant en qualité de représentant.e légal.e, autorise

mon fils ma fille

Nom Prénoms

.....

qui demeure à la même adresse, ou demeurant :

.....
.....
.....

à participer au concours d'entrée en formation d'aide-soignant pour la rentrée de septembre 2021 à
l'Institut de Formation Paramédicales situé

.....
.....
.....

Je certifie avoir l'autorité parentale sur ce.tte mineur.e.

Date et signature :