



N° Dossier :

**INSTITUT DE FORMATION
IFSI / IFAS
Du Centre Hospitalier de Digne les Bains**



FICHE D'INSCRIPTION AUX ÉPREUVES D'ADMISSION EN IFAS 2023/2024

Merci d'indiquer votre choix, pour l'entrée en formation (Site Digne ou Site Manosque) :

Choix 1 : **Choix 2 :**

**PHOTO
Obligatoire**

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

PRENOMS :

DATE de NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE : **Dpt :**

SEXE masculin féminin

NATIONALITE :

N° SECURITE SOCIALE

ADRESSE :

CODE POSTAL : **VILLE :**

N° TELEPHONE :

MAIL : @

(Obligatoire mail identifiable : à vos nom et prénom)

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)
- Formation 70h + 6 mois de service temps plein minimum
- Contrat d'apprentissage :
- Autre :

Diplômes ou attestations obtenus :

- BAC ASSP DEAP
- BAC SAPAT CAP AEPE
- ARM Ambulancier
- TP AVS ASH formation 70h
- TP ASMS Autres

RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

- Pièce d'identité en cours de validité ou
- Titre de séjour valide à l'entrée en formation pour les ressortissants étrangers
- Niveau de langue B2 ou document permettant d'évaluer les capacités et les attendus en français
- Lettre de motivation manuscrite
- Curriculum Vitae
- Document manuscrit situation personnelle ou professionnelle (2 pages maximum)
- Copie diplôme.s, professionnel.s
- Autres diplômes ou attestation.s ou bulletins scolaire (copie) traduit en français
- Attestation sécurité sociale
- Attestation de travail, appréciations
- Attestation de suivi de préparation à l'admission
- 2 timbres au tarif en vigueur
- Autorisation du représentant légal pour mineur**
- Attestation de prise en charge de la formation :
OPCO Employeur Prescription PE/ML
- Attestation VAE
- Copie du contrat d'apprentissage ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches
- Attestation ASH formation 70h

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 allègements de formation (parcours individualisés) seront mis en place par le.la directeur.trice de l'institut après admission en formation.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées sur ce document.

Les résultats sont diffusés sur le site internet 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 :

**INSTITUT DE FORMATION
IFSI / IFAS
Du Centre Hospitalier de Digne les Bains**



**AUTORISATION DU/DE LA REPRÉSENTANT.E LÉGAL.E ENFANT MINEUR.E
SÉLECTION POUR L'ENTRÉE EN FORMATION
D'AIDE-SOIGNANT 2023/2024**

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

Je soussigné.e :

Madame Monsieur

Mère Père Tuteur légal

Demeurant :

Tél :

autorise mon fils ma fille

Nom

Prénoms

qui demeure à la même adresse, ou demeurant :

.....
.....

à participer à la sélection d'entrée en formation d'aide-soignant à l'Institut de Formation Paramédicales du
Centre Hospitalier de Digne Les Bains

- pour la rentrée d'août 2023 sur le site de Digne les Bains

- pour la rentrée de janvier 2024 sur le site de Manosque

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

Date et signature :