

NOM DE NAISSANCE ..... NOM D'USAGE .....

PRENOM : ..... DATE de NAISSANCE .....

LIEU DE NAISSANCE ..... N° du département .....

NATIONALITE ..... SEXE masculin  féminin

ADRESSE .....

.....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

N° TELEPHONE : ..... N° PORTABLE .....

MAIL : ..... @ .....

**Situation actuelle**

Etes-vous salarié ..... oui  non

si oui êtes-vous en (CDD , CDI ou en intérim) .....

Si oui, êtes-vous Auxiliaire Ambulancier ? .....oui  non

Si oui, depuis quelle date à temps plein ? .....

Etes-vous demandeur d'emploi Pôle Emploi .....

Etes-vous inscrit à la mission locale .....

Etes-vous suivi par Cap Emploi .....

Etes-vous en continuité de parcours scolaire .....

**Permis de conduire**

Permis Cat. B N° : ..... Date d'obtention .....

**Diplômes ou attestations**

Attestation préfectoral d'aptitude à la conduite N° .....  
Date de fin de validité .....

- Diplôme d'état d'aide-soignant
- Diplôme d'état d'auxiliaire de puériculture
- Diplôme d'assistant de régulation médicale
- Diplôme d'état d'accompagnant éducatif et social
- Titre professionnel d'assistant de vie aux familles
- Titre professionnel d'agent de service médico-social
- Titre professionnel de conducteur livreur sur véhicule léger
- Certificat de qualification professionnelle d'assistant médical
- Bac professionnel accompagnement, soins et services à la personne
- Bac professionnel services aux personnes et aux territoires
- Bac professionnel conducteur transport routier de marchandises

**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, à la demande, par la directrice de l'institut après admission en formation.

**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**