

**FICHE D'INSCRIPTION AUX ÉPREUVES D'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANTS**

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)

Formation 70h + 6 mois de service minimum)

Contrat d'apprentissage :

Autre : .....

**RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION**

Pièce d'identité en cours de validité

Titre de séjour valide à l'entrée en formation

Lettre de motivation **manuscrite**

Curriculum Vitae

Document **manuscrit** relatant une situation personnelle ou professionnelle

Copie du ou des diplôme(s)

Copie des relevés ou bulletins scolaires

Attestation(s) de travail, appréciations

Enveloppes timbrées

Autorisation du représentant légal pour mineur

Courrier employeur

Attestation de prise en charge OPCO

Attestation VAE

Niveau de langue B2 ou document permettant d'évaluer les capacités et les attendus en français

Contrat d'apprentissage ou document justifiant de l'effectivité des démarches

Attestation ASH formation 70h

**Diplômes ou attestations :**

BAC ASSP

BAC SAPAT

Autre BAC

DA ou CAA

TP AVF

AMP

Autre .....

DEAP

DEAVF

DEAVS

MC aide à domicile

DEAES

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 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**