



FICHE D'INSCRIPTION - PARCOURS PARTIEL -
CONCOURS D'ADMISSION A L'INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTES
(avant de renseigner les rubriques ci-dessous, LISEZ ATTENTIVEMENT LA NOTICE JOINTE
FIXANT NOTAMMENT LA COMPOSITION DU DOSSIER D'INSCRIPTION)
Toutes les rubriques doivent être obligatoirement renseignées.

N° Dossier.....

NOM PRENOM.....
(de naissance pour les femmes mariées)
 NOM d'USAGE*(éventuellement)* SEXE (1 pour sexe masculin - 2 pour sexe féminin)
 Date de naissance..... Lieu de naissance
 N° et nom Département

CADRE RESERVE A L'INSTITUT

NE RIEN ECRIRE DANS CETTE ZONE

ADRESSE
 Bâtiment - Escalier - N° rue - Av - Bld

 Code postal - Commune

2 photocopies carte identité
 ou passeport en cours de validité

Téléphone fixe Téléphone Portable.....
 Email

Curriculum vitae

Titre d'INSCRIPTION **COCHER LA OU LES CASES CORRESPONDANTES**

Diplôme d'ambulancier
 Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou de la mention complémentaire aide à domicile
 Diplôme d'Etat d'aide-médico-psychologique
 Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture
 Titre professionnel d'assistant(e) de vie aux familles
 Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social

Diplôme en cours : Lequel :

Lettre de motivation

Attestations de travail et appréciations

Copie titre ou diplôme

Règlements des droits d'inscription
(57 € - chèque à l'ordre du trésor public)

Je soussigné(e), M. Mme **ACCEPTÉ** / **REFUSE** que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet. *(Merci de cocher la case correspondante)*

Je soussigné(e), M. Mme **ATTESTE** avoir pris connaissance des éléments du dossier médical à fournir en cas d'admission en formation.

Dossier d'épreuve de sélection Complet

OUI
 NON

Je m'engage à ne pas modifier mon choix après le dépôt du dossier et j'accepte sans réserve le règlement qui régit les épreuves de sélection

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.
 A _____ le _____ 2019

Signature