



I.F.A.S

DOSSIER D'INSCRIPTION AU CONCOURS AIDE-SOIGNANT

Formation DEAS 2020 en Parcours COMPLET

A envoyer entre le 2 mai et le 26 juillet 2019 minuit (le cachet de la Poste faisant foi)

Imprimer au format paysage - écrire en majuscule

NOM DE FAMILLE : PRENOM :

NOM D'USAGE (Eponse) : NATIONALITE :

SEXE : F M VEHICULE PERSONNEL : OUI NON

DATE ET LIEU DE NAISSANCE/...../..... A : N°Dép : PAYS :

SITUATION DE FAMILLE : Célibataire Marié(e) Divorcé (e) NOMBRE D'ENFANTS :

ADRESSE

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE FIXE : PORTABLE :

ADRESSE MAIL : @

DIPLOMES (joindre impérativement les photocopies) :

| | | | |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Diplôme homologué de niveau IV | <input type="checkbox"/> | Baccalauréat & Plus, préciser : |
| <input type="checkbox"/> | CAP Petite enfance | <input type="checkbox"/> | Année de 1 ^{ière} validée en Bac Professionnel (ASSP) ou (SAPAT) |
| <input type="checkbox"/> | BEPC ou Brevet des Collèges | <input type="checkbox"/> | 1 ^{ière} année IFSI – précisez le lieu : |
| <input type="checkbox"/> | BEPSS | <input type="checkbox"/> | Autres diplômes : |
| <input type="checkbox"/> | BEPA (services aux personnes)..... | <input type="checkbox"/> | Aucun diplôme |

SITUATION EN 2019 : Etudiant / Lycéen Salarié Inactif, précisez :

Demandeur d'emploi / N° identifiant à Pôle emploi (photocopie de l'attestation) :

Nom de l'établissement :

Adresse :

Téléphone : Email :

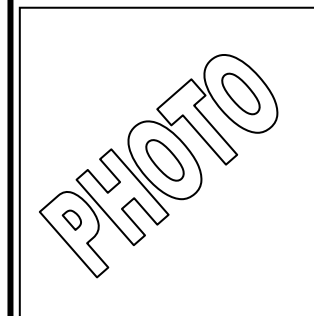
Poste occupé :

Type de contrat : CDD CDI Intérim Autre, précisez.....

Si salarié en contrat continu dans un service de soins sur la période **du 2 mai au 10 octobre 2019**, souhaitez-vous être inscrit sur la

liste 13bis, sachant qu'il y a deux places proposées : **Oui** (si Oui, fournir la copie du contrat) **Non**

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION



SELECTION

- ❖ ECRIT / ORAL
- ❖ ORAL

REGLEMENT

- CHEQUE
N°.....
- Banque
.....
.....

QUITTANCE

N°.....

Faite le :

Observations :



I.F.A.S

DOSSIER D'INSCRIPTION AU CONCOURS AIDE-SOIGNANT

Formation DEAS 2020 en Parcours COMPLET

A envoyer entre le 2 mai et le 26 juillet 2019 minuit (le cachet de la Poste faisant foi)

Imprimer au format paysage - écrire en majuscule

**CADRE RESERVE
A L'ADMINISTRATION**

Constitution du dossier d'inscription :

- Photocopie **recto-verso** des pièces officielles d'identité **en cours de validité** : pièce d'identité, passeport, titre de séjour
- Photocopie des diplômes ou équivalences
- Pour les candidats nés à partir de 1990, photocopie de l'attestation de la Journée d'Appel de Préparation à la Défense (JAPD)
- Fiche médicale ARS à remplir par un médecin (cf. note explicative)
- 1 Chèque de **95 € à l'ordre du TRESOR PUBLIC** (Droits d'inscription au concours, non remboursable, quel qu'en soit le motif)
- 6 timbres autocollants **SANS VALEUR FACIALE** pour affranchissement **URGENT 20 G** (couleur rouge).....
- 1 carte postale timbrée et libellée au nom et adresse du candidat (elle vous sera renvoyée et confirmera ainsi la bonne réception du dossier)
- **Pour les candidats demandeurs d'emploi** : Photocopie de votre attestation POLE EMPLOI mentionnant votre N° identifiant. Inscrit à Pôle Emploi depuis (à préciser) :
 - de 3 mois + de 6 mois + de 12 mois
- **Pour les candidats relevant de l'article 13 bis** : Photocopie du contrat de travail couvrant la période du 2 mai au 10 octobre 2017

Dossier Administratif :

Date/...../.....

N° identifiant :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus et je m'engage à joindre tous les documents mentionnés sur la note explicative pour la constitution du dossier d'inscription aux épreuves de sélection.

J'autorise l'Institut à publier mon identité sur son site Internet, dans le cadre de la diffusion des résultats.

OUI NON - Cette partie, non renseignée, vaut accord de diffusion.

Fait le : A : SIGNATURE DU CANDIDAT :