

☐ PARCOURS PARTIEL BAC PRO ASSP EN CONTRAT D'APPRENTISSAGE

Imprimer au format paysage sur 2 pages - écrire en majuscule

NOM DE FAMILLE : PRENOM :

NOM D'USAGE (Epouse) : NATIONALITE : SEXE : ☐ F ☐ M

DATE ET LIEU DE NAISSANCE/...../..... A : Dpt : PAYS :

PERMIS DE CONDUIRE : ☐ OUI VEHICULE PERSONNEL: ☐ OUI ☐ NON // ☐ PERMIS EN COURS ☐ PAS DE PERMIS

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

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE FIXE : PORTABLE :

ADRESSE MAIL (EN MAJUSCULE): @

PERSONNE JOIGNABLE SI NECESSAIRE - : NOM : TEL :

DIPLÔME et ANNEE D'OBTENTION (joindre impérativement la photocopie) :

VOTRE SITUATION EN 2023 :

☐ Etudiant / Lycéen ☐ autre, précisez :

☐ en contrat d'apprentissage

Précisez ci-dessous le nom et coordonnées de l'employeur :

Nom de l'établissement :

Adresse :

Téléphone : Email :

COLLEZ
OU AGRAFEZ
VOTRE PHOTO

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION DE LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT 2023

A envoyer au plus tard le 31 juillet 2023 minuit (le cachet de la Poste faisant foi)

Imprimer au format paysage sur 2 pages

Page 2 sur 2

Constitution du dossier d'inscription :

- ☐ Photocopie **recto-verso** des pièces officielles d'identité **en cours de validité** : pièce d'identité, passeport, titre de séjour
- ☐ Une lettre de motivation manuscrite
- ☐ Un *curriculum vitae*
- ☐ Un document manuscrit relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation.(cf. note explicative) **Ce document n'excède pas 2 pages.**
- ☐ Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes
- ☐ Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires :
- ☐ Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs)
- ☐ Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation
- ☐ Fiche médicale ARS à remplir par un médecin (cf. note explicative)
- ☐ **Pour les candidats en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation** : engagement signé par l'employeur
- ☐ 1 carte postale timbrée et libellée au nom et adresse du candidat (elle vous sera renvoyée et confirmera ainsi la bonne réception du dossier)

☐ / /

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐ Je souhaite signaler une situation de handicap nécessitant des compensations en formation

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.

☐ *J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Institut* ➔ <https://www.ch-arcachon.fr/ifas>

Fait le : A : **SIGNATURE DU CANDIDAT** (si mineur, signature du représentant légal) :

IFAS CH ARCACHON POLE SANTE ARCACHON – av. Jean Hameau – CS 11001 – 33164 LA TESTE DE BUCH Cedex– Tél. 05 57 52 93 70

Mail: secretariat.ifas@ch-arcachon.fr – Site Web : www.ch-arcachon.fr/ifas Certification QUALIOPI pour action de formation

Prestataire de formation enregistré sous le n° 7233P015733 (NDA) auprès du Préfet de Région Nouvelle-Aquitaine (cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat).

Siret : 26330559100103 – APE : 8610Z – Etablissement public non assujéti à la TVA