



Coller une photo  
d'identité SVP

## FICHE D'INSCRIPTION 2019/2020

**Formation préparatoire au concours d'entrée en Institut de Formation d'Aide-Soignant  
Standard cursus écrit et oral**

**Du lundi 30 septembre 2019 au mardi 18 février 2020 inclus**

**Date limite d'inscription le 13 Septembre 2019**

**ETAT CIVIL**

**ECRIRE EN LETTRES MAJUSCULES**

Madame       Monsieur

Nom de famille : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Date & Lieu de naissance : le ..... à : .....

### SITUATION DE FAMILLE

Célibataire       Pacsé (e)       Veuf (ve)       Divorcé (e)  
 Marié (e)       Concubinage       Union libre       Autres

N° de téléphone : Fixe ..... Portable : .....

Adresse : .....  
.....  
.....

Code postal ..... Ville|.....

Courriel écrire lisiblement svp : .....@.....

N° de Sécurité Sociale : ..... Clé : .....  
.....

**Personne à contacter en cas d'urgence (Préciser votre lien avec celle-ci) :**

Mme / M. : ..... Tél. : .....



**DIPLOME(S) OBTENU(S) AVANT L'ENTREE EN FORMATION ou NIVEAU D'ETUDES**

Diplôme/s Obtenu/s : .....

Date/ s d'obtention : .....

Niveau d'Etudes : .....

**Si vous bénéficiez d'un temps d'aménagement en lien avec un handicap, merci de bien vouloir nous fournir un certificat médical par un médecin agréé.\***\* <http://www.paca.ars.sante.fr/listes-des-medecins-agrees-en-region-paca>**ACTIVITE PROFESSIONNELLE :**Exercez-vous une activité professionnelle ?  OUI  NON salarié(e) en CDI  salarié(e) en CDD  travailleur indépendant

Profession : .....

Nom de l'employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

Nom et Qualité du Responsable : .....

Autorise Mme, M. : ..... à suivre la formation au concours d'entrée en Institut de Formation d'Aide-Soignant au titre de l'année 2019/2020.

Signature du Responsable :

**Demandeur d'emploi ?**  OUI  NONSi **OUI** n° Identifiant : ..... Etes-vous indemnisé(e) ?  OUI  NON **Bénéficiaire du RSA** - n° CAF .....Si **NON** : **Etudiant (inscrit dans un cursus universitaire)**  **Autre** - A préciser.....