

DIPLÔME(S) OBTENU(S) AVANT L'ENTREE EN FORMATION*

*☞ Joindre la copie des **diplômes supérieurs au baccalauréat et /ou AFGSU***

Diplôme(s) ou TITRE D'INSCRIPTION :

Liste de vos diplômes et date d'obtention :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

*Il vous est recommandé de mentionner tous les diplômes que vous avez déjà obtenus. **AFGSU comprise pour les titulaires du diplôme d'Etat d'Aide-soignant, Auxiliaire de Puériculture ou d'Ambulancier.**

SITUATION DE FAMILLE

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Pacsé(e) | <input type="checkbox"/> Union libre |
| <input type="checkbox"/> Marié (e) | <input type="checkbox"/> Concubinage | <input type="checkbox"/> Veuf (ve) |
| <input type="checkbox"/> Divorcé (e) | | <input type="checkbox"/> Autres |

Nombre d'enfant (s) à charge :

Nom(s) et Prénom(s)	Date de naissance

MOYEN(S) DE LOCOMOTION UTILISE(S)

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Transports en commun | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Abonnement SNCF | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Possédez-vous un véhicule ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | <input type="checkbox"/> Voiture | <input type="checkbox"/> 2 Roues |

APPRENTISSAGE

Contrat d'apprentissage : OUI NON

Si oui, (joindre la copie du contrat d'apprentissage)

Préciser la durée du contrat :

Préciser le nom de votre employeur :

.....
.....

Adresse :

.....
.....

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE A L'ENTREE EN FORMATION

Cochez les cases correspondantes à votre situation

(Vous pouvez cocher plusieurs cases)

☞ Joindre le ou les justificatifs

- Etudiant**
 Travailleur indépendant
 Congé parental
 Autre - A préciser.....

Demandeur d'emploi : OUI NON

Inscrit à Pôle Emploi –

Depuis moins de 6 mois entre 6 mois et 1 an Depuis plus d'1 an

N° identifiant :

Nom de l'Agence :

Nom de votre Conseiller :

Bénéficiaire du RSA - n° d'identifiant :

Nom de l'Antenne :

Inscrit à la CAF – n° d'identifiant :

Nom de l'Antenne :

Etes-vous en situation de handicap OUI NON

Si oui, avez-vous une reconnaissance de situation de handicap (RQTH ou titulaire de l'AAH, d'une rente accident du travail ou d'une pension d'invalidité) OUI NON

Avez-vous déjà bénéficié de mesures d'aménagement de parcours et/ou d'examens

OUI NON

Souhaitez-vous bénéficier de mesures d'aménagement de parcours et/ou d'examens

OUI NON

Etes-vous inscrit à l'AGEFIPH OUI NON N° :

Salarié CDD CDI Autres

Profession

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

.....

Tél. : Email :

« Au titre de l'année 2020-2021, j'atteste avoir informé mon employeur de mon entrée en formation et avoir été autorisé(e) par celui-ci à entrer et suivre la 1^{ère} année en Soins Infirmiers en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier. »

☞ **Joindre un justificatif de votre employeur avec la mention suivante :**

« Autorise à entrer et à suivre la 1^{ère} année de formation en Soins Infirmiers au titre de l'année 2020-2021 »

Nom de Responsable.....

Qualité du Responsable.....

FINANCEMENT DE LA FORMATION

☞ Joindre une copie de votre dossier de demande de prise en charge ou attestation de prise en charge

Prise en charge à titre individuel*

Droits d'inscription: 170 euros

J'atteste avoir pris connaissance du coût de la formation pour l'année 2020-2021.
Je m'engage à remettre les droits d'inscription et la contribution forfaitaire lors du dépôt du dossier.

Un organisme (Comité d'Entreprise, club, fédération, association...) prend en charge tout ou partie des frais pédagogiques de la formation OUI NON

Préciser :

Formation professionnelle continue*

Coût pédagogique : 7220 euros

Vous êtes dans le cadre d'un Congé Individuel de Formation OUI NON

Vous êtes dans le cadre un contrat de professionnalisation
OPCO (TRANSITION PRO PACA, UNIFORMATION, UNIFAF...).

Vous êtes pris en charge par l'AGEFIPH OUI NON

Vous êtes pris en charge par votre employeur OUI NON

Autres : Préciser :

**En cas de prise en charge partielle, le solde reste à votre charge.*

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

En cas de changement en cours d'année des informations ci-dessus,
vous devez impérativement le signaler au secrétariat.

Je certifie que ce dossier a été rempli par moi-même et en toute bonne foi, et que toutes les informations données ci-dessus sont exactes.

Date et Signature

Personne mineur :

Nom et Signature du Représentant légal