



FICHE D'INSCRIPTION - Sélection pour l'entrée en formation d'aide-soignant Janvier 2021

NOM DE NAISSANCE : _____ NOM MARITAL : _____ PRENOMS (2) : _____ / _____

SEXE : Féminin Masculin NE(E) LE : __/__/__ LIEU : Ville : _____ Département : _____

NATIONALITE : _____ SITUATION FAMILIALE : _____

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

ADRESSE MAIL : _____

TELEPHONE : __/__/__/__/__/__ PORTABLE : __/__/__/__/__/__

SITUATION ACTUELLE : Etudiant Demandeur d'emploi Salarié Autre _____

Pour les salariés : Nom et adresse de l'employeur _____

Type de contrat : CDD CDI Fonction publique

FORMATION INITIALE (pas de prise en charge financière)

FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE (prise en charge financière de la formation par organisme financeur ou employeur)

J'autorise l'institut à publier mes nom et prénom sur Internet dans la cadre de la diffusion des résultats : OUI NON

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document :

A _____, le __/__/__

Signature :