

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

NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ NOM MARITAL : \_\_\_\_\_ PRENOMS (2) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

SEXE : Féminin  Masculin  NE(E) LE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ LIEU : Ville : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

NATIONALITE : \_\_\_\_\_ SITUATION FAMILIALE : \_\_\_\_\_

ADRESSE COMPLETE : \_\_\_\_\_

ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SITUATION ACTUELLE :  Etudiant  Demandeur d'emploi  Salarié  Autre \_\_\_\_\_

Pour les salariés : Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ type de contrat :  CDD  CDI  Fonction publique

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 \_\_\_/\_\_\_/2021

Signature du candidat et des parents ou du représentant légal pour le candidat mineur :