

**SELECTION DANS LES INSTITUTS DE FORMATION
AIDES-SOIGNANTS DU GROUPEMENT SOMME LITTORAL SUD**

FICHE D'INSCRIPTION 2021

NOM EPOUSE.....
(Nom de famille) (Nom d'usage)

PRENOMS sexe : féminin
 masculin

DATE de NAISSANCE ____/____/____/ Lieu.....
Les candidats doivent être âgés de 17 ans au moins à la date de leur entrée en formation

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

TELEPHONE Fixe..... Portable.....

Email :@.....
Adresse mail au nom et au prénom du candidat : ex : nom.prenom@.....fr

Il est impératif de prévenir de tout changement (adresse, téléphone...).

Veillez cocher la ou les case(s) correspondant à votre situation :

- 1 - Aucun titre ou diplôme
- 2 - Niveau d'étude _____ Date d'arrêt des études / /
- 3 - Actuellement en terminale série _____ (Joindre les relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires)
- 4 - Baccalauréat Série _____ Année _____
 Diplôme ou titre : _____ (Joindre la copie des originaux de vos diplômes ou titres)
Précisez si obtenu par VAE : Année : _____ (joindre l'attestation)
Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes ou titres **traduits en français**.
Lesquels : _____
- 5 - Activité professionnelle exercée, Laquelle _____
Pendant combien de temps ? _____
(Joindre les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs))
- 6 - Ressortissant hors Union Européenne (Joindre une attestation du niveau de langue française requis C1 et un titre de séjour valide pour toute la période de la formation)
- 7 - Activité actuelle, précisez : _____

CHOIX DES INSTITUTS DE FORMATION AIDES-SOIGNANTS

4 IFAS du groupement SOMME LITTORAL SUD : Abbeville, Amiens, Berck, Montdidier

(Indiquer obligatoirement les noms des 4 instituts dans l'ordre de vos préférences)

1^{er} choix 2^{ème} choix
3^{ème} choix 4^{ème} choix

**Le Candidat soussigné certifie sur l'honneur avoir donné des renseignements exacts.
J'autorise les IFAS du groupement à publier mes noms et prénoms sur internet dans le cadre de la diffusion des résultats. OUI NON**

Fait le : ____ / ____ / 2021

Signature du candidat :

Signature du responsable légal du candidat mineur :

Coller ici votre photo
d'identité

**CADRE RESERVE A
L'ADMINISTRATION**

Dossier N°

Dossier Complet

OUI

NON

Date de dépôt du dossier
& cachet de l'IFAS