



Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Institut de Formation pour les Aides-Soignants

4 rue de l'ancien calvaire BP 145  
62604 BERCK SUR MER Cedex  
03 21 09 05 47-secretariat@ifsi-berck.fr

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### DOSSIER D'INSCRIPTION AIDE-SOIGNANT RENTREE 2020

NOM : .....

PRENOM : .....

AGE : .....

**SALARIE :** **OUI** **NON**

**SI CDD : date début** ..... **date de fin** .....

**SI CDI : depuis le** .....

NOM DE L'EMPLOYEUR :

.....

OU

ETABLISSEMENT DE SANTE OU STRUCTURE DE SOINS :

.....

**DEMANDEUR D'EMPLOI :** **OUI** **NON**

DATE D'INSCRIPTION (jour, mois et année) .....

NUMERO IDENTIFIANT .....

POLE EMPLOI DE (ville et région): .....

REMUNERE : **OUI** **NON**

**SORTI(E) DU SYSTEME SCOLAIRE DEPUIS (ANNEE)** .....

**INSCRIT(E) A LA MISSION LOCALE** **OUI** **NON**

DE .....

**EN CONGE PARENTAL DU** ..... **AU** .....

Fait à ..... le .....

Signature

