

PHOTO N°1
(Préciser votre
nom, prénom et
date de
naissance
derrière la photo)

DOSSIER N°

FICHE D'INSCRIPTION

DOSSIER D'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION
D'AIDES-SOIGNANTS DU CENTRE HOSPITALIER DE GUERET

NOM D'USAGE.....

NOM DE NAISSANCE.....

PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE /...../...../...../

LIEU DE NAISSANCE ET DEPARTEMENT.....

NATIONALITE..... E-MAIL.....

SITUATION FAMILIALE (cocher la case)

- Célibataire
- Marié(e)
- Concubinage
- Veuf(ve)
- Divorcé(e)
- Pacsé(e)

ENFANT : OUI Nombre : Age :
 NON

NUMERO DE SECURITE SOCIALE

SEXE Féminin Masculin

PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP Oui Non

ADRESSE.....
(en cas de changement veuillez nous prévenir).....
.....
.....
.....

TELEPHONE FIXE.....

TELEPHONE PORTABLE.....

NOM - ADRESSE ET N° DE TELEPHONE DES PERSONNES A PREVENIR
.....
.....
.....
.....

PUBLICATION DES RESULTATS (merci de cocher la case souhaitée) :

En cas de réussite à la sélection,

- J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet
- Je refuse que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet

DIPLOME(S) OBTENU(S) (attention, joindre impérativement une photocopie des diplômes ou tout autre justificatif)

- Baccalauréat Série :
Date d'obtention :
- Baccalauréat professionnel Série :
Date d'obtention :
- Equivalence au baccalauréat Laquelle :
Date d'obtention :
- Certificat de scolarité pour les candidats en terminale Série :
- Brevet Professionnel : préciser..... Date d'obtention :
- Brevet des collèges Date d'obtention :
- BEP : préciser..... Date d'obtention :
- BEPA service aux personnes Date d'obtention :
- CAP : préciser..... Date d'obtention :
- Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture Date d'obtention :
- Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique Date d'obtention :
- Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale Date d'obtention :
- Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social Date d'obtention :
- Titre professionnel d'assistant(e) de vie aux familles Date d'obtention :
- Titre professionnel d'agent de service médico-social Date d'obtention :
- Diplôme d'assistant de régulation médicale Date d'obtention :
- Diplôme d'Etat d'ambulancier Date d'obtention :
- Sans diplôme
- Autre : préciser..... Date d'obtention :
.....

PHOTO N°2
(Préciser votre
nom, prénom et
date de
naissance
derrière la photo)

DOSSIER N°

LISTING DES PIECES

**DOSSIER D'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION
D'AIDES-SOIGNANTS DU CENTRE HOSPITALIER DE GUERET**

NOM D'USAGE NOM DE NAISSANCE.....

PRENOM DATE DE NAISSANCE /.../.../.....

NE RIEN INSCRIRE DANS CE TABLEAU		
PIECES A JOINDRE	OUI	NON
- 2 PHOTOS D'IDENTITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- LETTRE DE MOTIVATION MANUSCRITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'IDENTITE OU DU TITRE DE SEJOUR (RECTO-VERSO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- CURRICULUM VITAE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOCUMENT MANUSCRIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PHOTOCOPIES : Diplômes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equivalence :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- COPIE DES RELEVES DE RESULTATS ET APPRECIATIONS OU BULLETINS SCOLAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ATTESTATIONS DE TRAVAIL ACCOMPAGNEES DES APPRECIATIONS ET/OU RECOMMANDATIONS DE L'EMPLOYEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ATTESTATION DE NIVEAU DE LANGUE FRANCAISE EGAL OU SUPERIEUR AU NIVEAU B2 POUR RESSORTISSANTS ETRANGERS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- JUSTIFICATIF VALORISANT UN ENGAGEMENT OU UNE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOCUMENT ETABLI PAR UN MEDECIN MENTIONNANT LA PRESENCE D'UN HANDICAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- FICHE DE RENSEIGNEMENTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



CENTRE HOSPITALIER
DE GUERET

INSTITUT DE FORMATION
AUX METIERS DE LA SANTE

26 Chemin des Amoureux
23000 GUERET

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

DOSSIER D'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION

D'AIDES-SOIGNANTS DU CENTRE HOSPITALIER DE GUERET

Merci de remplir avec soin cette fiche qui permettra de déterminer votre situation à l'entrée en formation et nous la retourner impérativement avec le dossier d'inscription.

ETAT CIVIL

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date de naissance :

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Dates

Emplois occupés

Employeurs

