CENTRE
HOSPITALIER
DE GUÉRET
INSTITUT DE FORMATION
AUX MÉTIERS DE LA SANTÉ
26, Chemin des Amoureux
23000 GUÉRET

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)** ☐

DOSSIER N°

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**

DOSSIER N°

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 : .....

DOSSIER N°

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES OUI ☐ NON ☐

Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

Lieu d'exercice (établissements, services,...)	Dates du contrat	Durée du contrat	Type de contrat

Attention, joindre impérativement les contrats de travail justifiant votre ancienneté.

A ....., le.....

SIGNATURE DU CANDIDAT

CENTRE HOSPITALIER DE GUÉRET
INSTITUT DE FORMATION AUX MÉTIERS DE LA SANTÉ
26, Chemin des Amoureux
23000 GUÉRET

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	☐	☐
- LETTRE DE MOTIVATION MANUSCRITE	☐	☐
- PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'IDENTITE OU DU TITRE DE SEJOUR (RECTO-VERSO)	☐	☐
- CURRICULUM VITAE	☐	☐
- DOCUMENT MANUSCRIT	☐	☐
- PHOTOCOPIES : Diplômes :	☐	☐
Equivalence :.....	☐	☐
- COPIE DES RELEVES DE RESULTATS ET APPRECIATIONS OU BULLETINS SCOLAIRES	☐	☐
- ATTESTATIONS DE TRAVAIL ACCOMPAGNEES DES APPRECIATIONS ET/OU RECOMMANDATIONS DE L'EMPLOYEUR	☐	☐
- ATTESTATION DE NIVEAU DE LANGUE FRANCAISE EGAL OU SUPERIEUR AU NIVEAU B2 POUR RESSORTISSANTS ETRANGERS	☐	☐
- JUSTIFICATIF VALORISANT UN ENGAGEMENT OU UNE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE	☐	☐
- DOCUMENT ETABLI PAR UN MEDECIN MENTIONNANT LA PRESENCE D'UN HANDICAP	☐	☐
- FICHE DE RENSEIGNEMENTS	☐	☐

CENTRE
HOSPITALIER
DE GUÉRET
INSTITUT DE FORMATION
AUX MÉTIERS DE LA SANTÉ
26, Chemin des Amoureux
23000 GUÉRET

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 la fiche d'inscription.***

ETAT CIVIL

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date de naissance :

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Dates	Emplois occupés	Employeurs

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

- Contrat de travail en cours : ☐ OUI ☐ NON

Si Oui : type de contrat :

☐ Contrat à durée indéterminée
☐ Contrat à durée déterminée Date de fin de contrat :

S'agit-il :

☐ d'un temps plein
☐ d'un temps partiel

- Inscription à France Travail : ☐ OUI ☐ NON

Si Oui : numéro identifiant (7 chiffres - 1 lettre) : /___/___/___/___/___/___/___/___/ /___/

Depuis le :

- Bénéficiaire du RSA : ☐ OUI ☐ NON
- Bénéficiaire de l'ARE : ☐ OUI ☐ NON
- Bénéficiaire de l'ASS : ☐ OUI ☐ NON
- Reconnu Travailleur Handicapé : ☐ OUI ☐ NON
- Bénéficiaire d'un Compte Personnel Formation (CPF) : ☐ OUI ☐ NON
  Indiquer l'organisme :

FORMATION

- Date de sortie du système scolaire :
- Dernière classe suivie :
  (Exemple : Première STT)
- Diplôme le plus élevé obtenu :
  (Exemple : BEPC)

POUR INFORMATION :

Si vous êtes indemnisé(e) par France Travail dans le cadre de l'Allocation de Retour à l'Emploi (ARE), vous pouvez d'ores et déjà vous présenter auprès de votre Agence Locale afin d'élaborer le dossier de rémunération.
Pour les personnes non indemnisées ou indemnisées en Allocation Spécifique de Solidarité (ASS), les dossiers de rémunération devront être déposés ultérieurement (début de la formation).

CETTE FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERMETTRA D'ETUDIER LES DIFFERENTES POSSIBILITES DE PRISE EN CHARGE DU COUT PEDAGOGIQUE DE LA FORMATION ET DE VOTRE REMUNERATION.