



CENTRE HOSPITALIER
DE GUERET

INSTITUT DE FORMATION
AUX METIERS DE LA SANTE
26 Chemin des Amoureux
23000 GUERET

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

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 | <input type="checkbox"/> | Série : |
| | | Date d'obtention : |
| - Baccalauréat professionnel | <input type="checkbox"/> | Série : |
| | | Date d'obtention : |
| - Equivalence au baccalauréat | <input type="checkbox"/> | Laquelle : |
| | | Date d'obtention : |
| - Certificat de scolarité pour les candidats en terminale | <input type="checkbox"/> | Série : |
| - Brevet Professionnel : préciser..... | <input type="checkbox"/> | Date d'obtention : |
| - Brevet des collèges | <input type="checkbox"/> | Date d'obtention |
| - BEP : préciser | <input type="checkbox"/> | Date d'obtention |
| - BEPA service aux personnes | <input type="checkbox"/> | Date d'obtention |
| - CAP : préciser..... | <input type="checkbox"/> | Date d'obtention |
| - Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> | Date d'obtention : |
| - Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique | <input type="checkbox"/> | Date d'obtention : |
| - Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale | <input type="checkbox"/> | Date d'obtention : |
| - Titre professionnel d'assistant(e) de vie aux familles | <input type="checkbox"/> | Date d'obtention : |
| - Diplôme d'Etat d'ambulancier | <input type="checkbox"/> | Date d'obtention : |
| - Sans diplôme | <input type="checkbox"/> | |
| - Autre : préciser..... | <input type="checkbox"/> | Date d'obtention |
| | | |

Attention, pour tout diplôme étranger, se renseigner auprès du centre ENIC-NARIC soit par téléphone au 33 (0)1 70 19 30 31, soit par courriel : enic-naric@ciep.fr.

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 (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 DU NIVEAU DE LANGUE FRANCAISE REQUIS C1 ET TITRE DE SEJOUR VALIDE POUR RESSORTISSANTS HORS UE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- JUSTIFICATIF VALORISANT UN ENGAGEMENT OU UNE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- FICHE DE RENSEIGNEMENTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>