

FICHE D'INSCRIPTION

CONCOURS D'ADMISSION A LA FORMATION AIDE SOIGNANTE (formation complète)

ETAT CIVIL

NOM D'USAGE : _____ NOM DE FAMILLE: _____

PRENOMS (dans l'ordre de l'état civil) : _____

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___ LIEU DE NAISSANCE : _____

TELEPHONE (Obligatoire) : _____ ou _____ EMAIL (Obligatoire) : _____

SEXE : _____ (M pour masculin) (F pour féminin) Nationalité : _____

ADRESSE :

Bâtiment – Escalier – Résidence – Appartement – Lieu dit

...../.....

Numéro Rue – Avenue – Boulevard

.....

Code Postal Commune

J'autorise que les résultats soient publiés sur le site de l'IFAS OUI NON

TITRE D'INSCRIPTION (Cocher la case correspondante à votre titre d'inscription) :

Inscription à l'épreuve d'admissibilité (écrit)

Dispensé(e) de l'épreuve d'admissibilité Diplôme : _____ Année : _____
(diplôme de niveau 4 ou niveau 5 secteur sanitaire et social)

Sous contrat avec un établissement de santé (joindre le contrat) CDI CDD durée _____

Il doit s'agir d'un contrat de travail en cours, toujours valable à la date du début des épreuves

LISTE DES PIECES A FOURNIR	A cocher par le candidat	Réservé à l'IFAS
Photocopie de la carte d'identité ou passeport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photocopie Titre homologués de niveau IV ou V si titulaire d'un diplôme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrat de travail si vous le souhaitez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèque de 57€ à l'ordre du trésor public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document, et avoir pris connaissance des informations données dans la notice.

A : Le :SIGNATURE