



**DOSSIER ADMINISTRATIF FORMATION INFIRMIERE
CONFIRMATION D'INSCRIPTION**

IDENTITE (joindre photocopie de la carte d'identité)

Nom de famille

Nom d'usage :

Prénom :

Nationalité :

Date de naissance :

Ville de naissance :

Département :

N° de téléphone :

email :

N° de portable :

Adresse durant la formation :

Adresse avant la formation si différente :

Personne à contacter :

(nom, adresse, N° de tél, lien de parenté)

SITUATION DE FAMILLE (joindre photocopie de livret de famille)

célibataire

concubinage

marié(e)

veuf(ve)

divorcée(e)

P.A.C.S.

Nom du conjoint :

Profession du conjoint :

Nombre d'enfants à charge :

Profession des parents : Père :

Mère :

Nombre et âge des frères et sœurs à charge du foyer :

SÉCURITÉ SOCIALE (joindre photocopie de la carte vitale et de l'attestation)

N° de sécurité sociale :

NB : Quand vous entrez en formation vous devez impérativement nous fournir votre propre n° de sécurité sociale et non celui des parents.

SITUATION SCOLAIRE :

N° I.N.E. (indispensable) : _____

Dernière classe fréquentée : Année :

Niveau d'études :

Diplôme(s) obtenu(s) : Année :

Formation effectuée : Année :

Organisme :

SITUATION PROFESSIONNELLE (au moment de rentrée en formation):Occupez-vous un emploi: OUI Si oui lequel :NON

Nom et adresse de l'employeur :

Si oui : type de contrat Contrat à durée indéterminée

Contrat à durée déterminée date de fin du contrat:

Autre type de contrat (préciser) :

S'agit-il: d'un temps plein

d'un temps partiel

Autres situations (précisez) :

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE précédent l'entrée en formation (joindre un CV)

Emploi occupé	Lieux	Durée	Type de contrat

Etes-vous inscrit(e) comme demandeur d'emploi: OUI

NON

Si oui : numéro d'inscription (7chiffres- 1 lettre):

Région :

Percevez-vous **des indemnités ?**

- Allocation de retour à l'Emploi (ARE) OUI

NON

Connaissez-vous le temps d'indemnisation durant la formation :

1 an 2 ans 3 ans Autre :***Dans le cas où votre demande d'indemnisation a été rejetée, merci de joindre la photocopie de votre notification de rejet.***

Bénéficiaire du RSA: OUI

NON

Reconnu Travailleur Handicapé: OUI

NON

Parent isolé: OUI

NON

Avez-vous fait une demande de prise en charge ? (Exemple : CIF Uniformation....)

DIVERS :

Titulaire du permis B : OUI

NON

Véhicule personnel : OUI

NON

(Joindre photocopie de la carte grise et de l'attestation d'assurance)

A, leSignature