

**CANDIDATS RELEVANT DE LA VALIDATION DES ACQUIS
ET DE L'EXPERIENCE (V.A.E)**

FICHE D'INSCRIPTION A LA FORMATION D'AIDE- SOIGNANT(E)

NOM : **NOM D'EPOUSE** :

Prénom : **Né(e) le** : **Lieu de naissance** :

Nationalité : **Sexe**

ADRESSE :

CODE POSTAL : **VILLE** :

N° Tél. domicile : **N° Portable** :

Adresse e-mail :

MODULES A VALIDER

Fournir obligatoirement la ou les décision(s) du jury VAE (DRJSCS)

Modules restant à valider (à préciser).....
.....

SITUATION DU CANDIDAT

(Cocher la case correspondante)

- Demandeur d'emploi
 Poursuite de scolarité
 Salarié(e) du Centre Hospitalier de Lézignan-Corbières
 Salarié(e) d'un établissement de santé hors CH de Lézignan-Corbières
 Salarié(e) hors secteur de la santé
 Autre (congé parental, en disponibilité...) Préciser :

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Si le candidat est pris en charge par l'employeur ou par un organisme paritaire agréé,

Nom de l'établissement ou de l'organisme :

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements sur ce document et m'engage à suivre la totalité des modules manquants à l'IFAS de Lézignan-Corbières.

A le SIGNATURE

INSCRIPTIONS A PARTIR DU 4 MAI 2021

(le cachet de la poste faisant foi)

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ENREGISTRE