


**FICHE D'INSCRIPTION A LA FORMATION D'AIDE- SOIGNANT(E) RENTREE 2020**
**NOM :** .....

**NOM D'EPOUSE :** .....

**Prénom** .....

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

**Nationalité :** ..... **Sexe** ..... (M pour masculin / F pour féminin)

**ADRESSE :** .....

**Complément d'adresse :** .....

**CODE POSTAL :** ..... **VILLE :** .....

**N° Tél domicile** ..... **N° Portable** .....

**Adresse e-mail :** .....

**TITRES ET DIPLOMES OBTENUS : (cocher la case correspondante)**
*Pour les diplômes ou titres obtenus préciser l'année d'obtention*

- Sans diplôme
- Baccalauréat : préciser la série .....
- Diplôme du baccalauréat professionnel « accompagnement, soins, services à la personne » (ASSP).....
- Diplôme du baccalauréat professionnel « services aux personnes et aux territoires » (SAPAT A et B).....
- Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture .....
- Diplôme d'Etat d'ambulancier ou du certificat de capacité d'ambulancier .....
- Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou de la mention complémentaire aide à domicile .....
- Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique.....
- Titre professionnel d'assistant(e) de vie aux familles .....
- Diplôme d'Etat d'Accompagnement Educatif et Social .....
- Autre diplôme ou titre : préciser l'intitulé exact .....
- Cas particulier : candidat s'inscrivant dans le cadre de la VAE (Validation des Acquis de l'Expérience professionnelle)

**SITUATION DU CANDIDAT A L'INSCRIPTION: (cocher la case correspondante)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Poursuite de scolarité              | <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi  |
| <input type="checkbox"/> Agent du CH de Lézignan-Corbières   | <input type="checkbox"/> Salarié(e) d'un établissement de santé hors CH Lézignan-Corbières |
| <input type="checkbox"/> Salarié(e) hors secteur de la santé | <input type="checkbox"/> Autre à préciser (congé parental, disponibilité...)               |

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE :**

(Si candidat pris en charge par l'employeur ou par un organisme paritaire agréé)

Nom de l'établissement ou de l'organisme : .....

**Je soussigné(e)** .....

**avoir pris connaissance de la notice du dossier d'inscription relative à la sélection IFAS 2020, en accepte les conditions et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.**
**Fait à** .....

**Signature :**



**IFAS DU CENTRE HOSPITALIER DE LEZIGNAN-CORBIERES**

**FICHE D'INSCRIPTION A LA FORMATION D'AIDE- SOIGNANT  
(E) - RENTREE 2020**

**AUTORISATION AFFICHAGE RESULTATS :**

- J'autorise le service organisateur à publier mes nom et prénom sur Internet dans le cadre de la diffusion des résultats
- Je n'autorise pas le service organisateur à publier mes nom et prénom sur Internet dans le cadre de la diffusion des résultats

**Nom** ..... **Prénom**.....

**Fait à** .....

**le**.....

**SIGNATURE**

**RAPPEL : TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ENREGISTRE**