

FICHE D'INSCRIPTION

FORMATION AIDE-SOIGNANTE

RENTREE SEPTEMBRE 2025

NOM de famille (en lettres MAJUSCULES)	
NOM d'usage (en lettres MAJUSCULES)	
Prénom (s)	

Date de naissance		Lieu de naissance	
Nationalité			

Adresse du domicile habituel			
rue			
Code postal		Ville	
Téléphone fixe		Portable	

Adresse pendant la formation			
rue			
Code postal		Ville	
Téléphone fixe		Portable	

Mail (obligatoire)	
N° sécurité sociale	

Situation de famille				
☐ célibataire	☐ Marié(e)	☐ Veuf(ve)	☐ Divorcé(e)	☐ Vie maritale

Niveau d'études			
Dernière classe suivie		Année	
Dernier diplôme obtenu		Année	

Situation avant l'entrée en formation				
☐ Demandeur d'emploi	☐ Emploi jeune	☐ CAE		
☐ Activité professionnelle	☐ CDD	☐ CDI	☐ Fonctionnaire	
☐ Autre (à préciser)				

Permis de conduire et véhicule			
Possédez-vous le permis de conduire	☐ OUI	☐ NON	☐ EN COURS
Disposez-vous d'un véhicule	☐ OUI	☐ NON	



Expériences professionnelles dans le domaine de la santé

En qualité de :	Nom de l'établissement employeur	Adresse de l'établissement employeur	Services	Date du contrat (de... à...)

Expériences professionnelles dans d'autres domaines

En qualité de :	Nom de l'établissement employeur	Adresse de l'établissement employeur	Services	Date du contrat (de... à...)