

# FICHE D'INSCRIPTION

## FORMATION AIDE-SOIGNANTE

### RENTREE SEPTEMBRE 2026

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| <b>NOM de famille</b><br>(en lettres MAJUSCULES) |  |
| <b>NOM d'usage</b><br>(en lettres MAJUSCULES)    |  |
| <b>Prénom (s)</b>                                |  |

|                          |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <b>Date de naissance</b> |  | <b>Lieu de naissance</b> |  |
| <b>Nationalité</b>       |  |                          |  |

|                                     |  |                 |  |
|-------------------------------------|--|-----------------|--|
| <b>Adresse du domicile habituel</b> |  |                 |  |
| <b>rue</b>                          |  |                 |  |
| <b>Code postal</b>                  |  | <b>Ville</b>    |  |
| <b>Téléphone fixe</b>               |  | <b>Portable</b> |  |

|                                     |  |                 |  |
|-------------------------------------|--|-----------------|--|
| <b>Adresse pendant la formation</b> |  |                 |  |
| <b>rue</b>                          |  |                 |  |
| <b>Code postal</b>                  |  | <b>Ville</b>    |  |
| <b>Téléphone fixe</b>               |  | <b>Portable</b> |  |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Mail (obligatoire)</b>  |  |
| <b>N° sécurité sociale</b> |  |

|                                      |                                   |                                   |                                     |                                       |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Situation de famille</b>          |                                   |                                   |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> célibataire | <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Veuf(ve) | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> Vie maritale |

|                               |  |              |  |
|-------------------------------|--|--------------|--|
| <b>Niveau d'études</b>        |  |              |  |
| <b>Dernière classe suivie</b> |  | <b>Année</b> |  |
| <b>Dernier diplôme obtenu</b> |  | <b>Année</b> |  |

|                                                   |                                       |                              |                                        |  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|--|
| <b>Situation avant l'entrée en formation</b>      |                                       |                              |                                        |  |
| <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi       | <input type="checkbox"/> Emploi jeune | <input type="checkbox"/> CAE |                                        |  |
| <input type="checkbox"/> Activité professionnelle | <input type="checkbox"/> CDD          | <input type="checkbox"/> CDI | <input type="checkbox"/> Fonctionnaire |  |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)       |                                       |                              |                                        |  |

|                                            |                              |                              |                                   |
|--------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Permis de conduire et véhicule</b>      |                              |                              |                                   |
| <b>Possédez-vous le permis de conduire</b> | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> EN COURS |
| <b>Disposez-vous d'un véhicule</b>         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> 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... ) |
|-----------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------|-------------------------------|
|                 |                                  |                                      |          |                               |
|                 |                                  |                                      |          |                               |
|                 |                                  |                                      |          |                               |
|                 |                                  |                                      |          |                               |
|                 |                                  |                                      |          |                               |
|                 |                                  |                                      |          |                               |