

## FICHE D'INSCRIPTION FORMATION AIDE-SOIGNANTE RENTREE SEPTEMBRE 2024

<b>NOM de famille</b> (en lettres MAJUSCULES)	
<b>NOM d'usage</b> (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... )