

FICHE D'INSCRIPTION FORMATION AIDE-SOIGNANTE RENTREE SEPTEMBRE 2020

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				
<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Vie maritale

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

Situation avant l'entrée en formation			
<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"/> Autre (à préciser)			

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