

PHOTO N°1  
(Préciser votre  
nom, prénom et  
date de  
naissance  
derrière la photo)

DOSSIER N°

**FICHE D'INSCRIPTION**

**DOSSIER D'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION  
D'AIDES-SOIGNANTS DU CENTRE HOSPITALIER DE GUERET**

NOM D'USAGE.....

NOM DE NAISSANCE.....

PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE /...../...../...../

LIEU DE NAISSANCE ET DEPARTEMENT.....

NATIONALITE..... E-MAIL.....

**SITUATION FAMILIALE (cocher la case)**

- Célibataire
- Marié(e)
- Concubinage
- Veuf(ve)
- Divorcé(e)
- Pacsé(e)

ENFANT :            OUI                Nombre :                            Age :  
                          NON           

NUMERO DE SECURITE SOCIALE .....

SEXE            Féminin                             Masculin

PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP                            Oui             Non

ADRESSE.....  
(en cas de changement veuillez nous prévenir).....  
.....  
.....  
.....  
.....

TELEPHONE FIXE.....

TELEPHONE PORTABLE.....

NOM - ADRESSE ET N° DE TELEPHONE DES PERSONNES A PREVENIR  
.....  
.....  
.....  
.....

**PUBLICATION DES RESULTATS (merci de cocher la case souhaitée) :**

**En cas de réussite à la sélection,**

- J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet**
- Je refuse que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet**

**DIPLOME(S) OBTENU(S) (attention, joindre impérativement une photocopie des diplômes ou tout autre justificatif)**

- Baccalauréat  Série : .....  
Date d'obtention : .....
- Baccalauréat professionnel  Série : .....  
Date d'obtention : .....
- Equivalence au baccalauréat  Laquelle : .....  
Date d'obtention : .....
- Certificat de scolarité pour les candidats en terminale  Série : .....
- Brevet Professionnel : préciser.....  Date d'obtention : .....
- Brevet des collèges  Date d'obtention : .....
- BEP : préciser .....  Date d'obtention : .....
- BEPA service aux personnes  Date d'obtention : .....
- CAP : préciser.....  Date d'obtention : .....
- Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture  Date d'obtention : .....
- Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique  Date d'obtention : .....
- Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale  Date d'obtention : .....
- Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social  Date d'obtention : .....
- Titre professionnel d'assistant(e) de vie aux familles  Date d'obtention : .....
- Titre professionnel d'agent de service médico-social  Date d'obtention : .....
- Diplôme d'assistant de régulation médicale  Date d'obtention : .....
- Diplôme d'Etat d'ambulancier  Date d'obtention : .....
- Sans diplôme
- Autre : préciser.....  Date d'obtention : .....  
.....



PHOTO N°2  
(Préciser votre  
nom, prénom et  
date de  
naissance  
derrière la photo)

DOSSIER N°

**LISTING DES PIÈCES**

**DOSSIER D'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION  
D'AIDES-SOIGNANTS DU CENTRE HOSPITALIER DE GUERET**

NOM D'USAGE ..... NOM DE NAISSANCE.....

PRENOM ..... DATE DE NAISSANCE /.../.../...../

NE RIEN INSCRIRE DANS CE TABLEAU		
PIECES A JOINDRE	OUI	NON
- 2 PHOTOS D'IDENTITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- LETTRE DE MOTIVATION MANUSCRITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'IDENTITE OU DU TITRE DE SEJOUR (RECTO-VERSO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- CURRICULUM VITAE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOCUMENT MANUSCRIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PHOTOCOPIES : Diplômes : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equivalence :.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- COPIE DES RELEVES DE RESULTATS ET APPRECIATIONS OU BULLETINS SCOLAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ATTESTATIONS DE TRAVAIL ACCOMPAGNEES DES APPRECIATIONS ET/OU RECOMMANDATIONS DE L'EMPLOYEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ATTESTATION DE NIVEAU DE LANGUE FRANCAISE EGAL OU SUPERIEUR AU NIVEAU B2 POUR RESSORTISSANTS ETRANGERS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- JUSTIFICATIF VALORISANT UN ENGAGEMENT OU UNE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DOCUMENT ETABLI PAR UN MEDECIN MENTIONNANT LA PRESENCE D'UN HANDICAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- FICHE DE RENSEIGNEMENTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**DOSSIER D'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION**  
**D'AIDES-SOIGNANTS DU CENTRE HOSPITALIER DE GUERET**

*Merci de remplir avec soin cette fiche qui permettra de déterminer votre situation à l'entrée en formation **et nous la retourner impérativement avec le dossier d'inscription.***

**ETAT CIVIL**

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date de naissance :

**EXPERIENCE PROFESSIONNELLE**

Dates

Emplois occupés

Employeurs

