

FORMATION A.S. 2021-2022

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Photo

(Document à retourner au secrétariat de l'I.F.A.S. accompagné d'une photographie d'identité couleur à coller ci-contre à l'emplacement prévu à cet effet)

❖ IDENTITE :

A remplir en lettres capitales

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de naissance :/...../..... à Age :

N° du Département de naissance : Nationalité :

Sexe : Féminin Masculin - Situation militaire :

Indiquer **obligatoirement** votre numéro de Sécurité Sociale:

(clé)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro identifiant POLE EMPLOI (à compléter **impérativement**) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse actuelle :

Adresse pendant la formation :

.....
.....
.....

.....
.....
.....

Mention obligatoire :

Téléphone : Portable :

Adresse @mail :

❖ SITUATION FAMILIALE :

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Vit maritale

Profession du conjoint :

Nombre d'enfant (s): - Age :

❖ **DISPOSEZ-VOUS D'UN MOYEN DE LOCOMOTION ?** Oui Non

Si non, comment envisagez-vous vos déplacements lors des stages extra-hospitaliers ?

.....

❖ **SCOLARITE :**

Etudes suivies depuis la classe de 3^{ème} :

.....

Diplôme(e) Obtenu(s)	Dates	Etablissement(s)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date de sortie du système scolaire :

❖ **ACTIVITE PROFESSIONNELLE** (*tous secteurs confondus*)

Type d'emploi	Etablissement	Services	Année	Durée
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

❖ Y-a-t-il des services de soins où vous ne souhaitez pas effectuer de stage durant votre formation ? (motif à préciser)

.....

❖ En vue du stage optionnel de fin de formation, quel secteur de soin vous permettrait de parfaire votre projet professionnel ? (argumentez votre choix) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

❖ Quels sont vos loisirs et/ou activités autres ?

.....
.....
.....
.....

❖ **CONDITIONS DE SUIVI DES ETUDES**

(ne concernent que les personnes en reconversion professionnelle)

Promotion professionnelle de la Fonction Publique

Adresse de l'établissement :

Allocation de formation (reconversion, reclassement...)

Organisme de financement :

.....

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom - Prénoms :

Adresse :

.....

Téléphone fixe: Tél portable :

Je suis informé(e) que mes coordonnées peuvent être transmises à des fins non commerciales (statistiques,...).
En cas de refus, veuillez joindre un courrier de refus.

Courrier de refus oui non

