

❖ **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
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Disposez-vous d'un moyen de locomotion ? Oui Non
 Si non, comment envisagez-vous vos déplacements lors des stages extra-hospitaliers ?

- 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 :

<u>Personne à prévenir en cas d'accident :</u>	
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

