

# FORMATION AIDE-SOIGNANT 2026-2027

## Fiche de renseignements

### IDENTIFICATION

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Né(e) le : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| à : \_\_\_\_\_

Département de naissance : |\_|\_|

### ADRESSE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|\_|\_|\_|\_| | \_\_\_\_\_

☎ (fixe) : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

☎ (portable) : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Adresse email obligatoire : \_\_\_\_\_

### ADRESSE DURANT LA FORMATION SI DIFFERENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|\_|\_|\_|\_| | \_\_\_\_\_

### SITUATION DE FAMILLE

célibataire

marié(e)

concubin(e)

divorcé(e)

veuf(ve)

Nombre d'enfants et âge des enfants : \_\_\_\_\_

### NUMERO DE SECURITE SOCIALE

|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'INCIDENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

☎ (fixe) : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

☎ (portable) : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

## PARCOURS SCOLAIRE DEPUIS LA 3EME

ANNEE	NIVEAU / CLASSE	ETABLISSEMENT

## DIPLOMES OBTENUS

ANNEE	DIPLOME	ETABLISSEMENT

## ACTIVITE PROFESSIONNELLE

ANNEE	FONCTIONS / METIERS	EMPLOYEUR	DUREE

## INFOS DIVERSES

Permis B :  oui       non

Véhicule :  oui       non

### **SI VOUS ETES DEMANDEUR D'EMPLOI**

*Fournir un justificatif d'inscription en tant que demandeur d'emploi.  
(pièce à transmettre au plus tard le jour de la rentrée)*

N° identifiant : .....

Région d'inscription : .....

Etes vous indemnisé(e) ?     oui       non

**Si vous vous inscrivez ultérieurement à France Travail, merci d'en informer l'Institut  
et de transmettre les informations ci-dessus.**

## PIECES A JOINDRE

Pièces à fournir	Réservé à l'IFPS
La fiche de renseignements	<input type="checkbox"/>
Une photocopie de la carte d'identité recto-verso ou du passeport <b>en cours de validité</b>	<input type="checkbox"/>
2 photographies d'identité couleur	<input type="checkbox"/>
Une photocopie de l'attestation CPAM	<input type="checkbox"/>
Une attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires à faire remplir par votre médecin traitant *	<input type="checkbox"/>
Un certificat médical attestant de votre aptitude à l'exercice de la profession délivré par un médecin agréé (liste disponible <a href="https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1">https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1</a> ) *	<input type="checkbox"/>
L'autorisation de prélèvement bancaire accompagnée d'un RIB (élaboration de votre carte de self)	<input type="checkbox"/>
Une attestation de responsabilité civile vie privée nominative	<input type="checkbox"/>
L'attestation d'acceptation du règlement intérieur signée	<input type="checkbox"/>
L'autorisation droit à l'image	<input type="checkbox"/>

\* à transmettre au plus tard le jour de la rentrée