

# FICHE D'INSCRIPTION

## Concours d'Entrée en formation Aide-Soignante

**NOM**

**NOM D'USAGE**

**PRENOM**

**DATE DE NAISSANCE**  Portable   
**Mail**

**ADRESSE POSTALE**   
 Numéro - rue

Code postal  Commune

**PRISE EN CHARGE  
FINANCIERE**

**TITRE D'INSCRIPTION : (cocher la case correspondante)**

- |                          |   |                          |                            |
|--------------------------|---|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Bac Pro ASSP                            | <input type="checkbox"/> | T.P. ADVF                  |
| <input type="checkbox"/> | Bac SAPAT                               | <input type="checkbox"/> | T.P. ASMS                  |
| <input type="checkbox"/> | DEA (Réf. 2006)                         | <input type="checkbox"/> | DARM                       |
| <input type="checkbox"/> | DEAES / DEAMP / DEAVS / AVS (Réf. 2016) | <input type="checkbox"/> | ASHQ / Agent de Service    |
| <input type="checkbox"/> | DEAES (Réf. 2021)                       | <input type="checkbox"/> | Autres ( Parcours complet) |
| <input type="checkbox"/> | DEAP (Réf. 2006)                        |                          |                            |
| <input type="checkbox"/> | DEAP (Réf. 2021)                        |                          |                            |

La production du diplôme est sous la responsabilité de l'apprenant. Le parcours qui en découle ne sera pas modifiable en cours d'année.

Je, soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document

---

---

\_\_\_\_\_

|