



FICHE D'INSCRIPTION Sélection d'entrée en formation aide - soignant (e) 2026

NOM NOM EPOUSE.....

PRENOMS

DATE DE NAISSANCE LIEU DE NAISSANCE.....Département

ADRESSE

TELEPHONE Fixe Portable

E-Mail

Titre d'inscription (cocher la case correspondante)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bac Pro ASSP | <input type="checkbox"/> ASHQ / Agent de service |
| <input type="checkbox"/> Bac Pro SAPAT | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Diplôme de niveau 4 (Baccalauréat, DAEU, Brevet Professionnel...) | <input type="checkbox"/> Sans diplôme |
| <input type="checkbox"/> DEA Date d'obtention | |
| <input type="checkbox"/> CAP Accompagnement éducatif petite enfance | |
| <input type="checkbox"/> DEAES/DEAMP/DEAVS/AVS | |
| <input type="checkbox"/> DARM | |
| <input type="checkbox"/> DEAP Date d'obtention..... | |
| <input type="checkbox"/> T.P.ADVF | |
| <input type="checkbox"/> T.P. AMS | |

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

J'accepte sans réserve le règlement qui régit les épreuves de sélection.

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

A

Le.....

Signature :