



Photo

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(A remplir en caractères d'imprimerie)

Formation auxiliaire de puériculture 2026 – Hôpitaux Saint Joseph & Marie-Lannelongue

NOM : NOM MARITAL :

PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| LIEU DE NAISSANCE :

PAYS DE NAISSANCE : NATIONALITÉ :

ADRESSE :

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| COMMUNE :

TELEPHONE : FIXE : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_| PORTABLE : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

MAIL (créer une adresse mail sur ce modèle) nom.prenom@outlook.fr

DIPLOMES OBTENUS : (Cochez la ou les case(s) correspondant à votre situation)

- | | | |
|---|---------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Elève en Terminale : | Série : | |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat : | Série : | Date : _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat Professionnel ASSP ou SAPAT | Série : | Date : _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Titre homologué niveau IV (précisez)..... | | Date : _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Titre homologué niveau V (précisez) | | Date : _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant | | Date : _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat d'Ambulancier | | Date : _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale | | Date : _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat d'Accompagnement Educatif et Social | | Date : _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat d'Agent de Service Médico-Social | | Date : _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Diplôme ARM | | Date : _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Titre d'Assistante de Vie aux Familles | | Date : _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Autres à préciser..... | | Date : _ _ _ _ |

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

(Rayer les mentions inutiles)

Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e) En concubinage Pacs

Nombre d'enfants à charge : Age des enfants :

Situation actuelle :

- ❖ **Salarié(e)** CDI CDD
 Temps plein Temps partiel

Nom de l'employeur :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville.....

Adresse mail de l'employeur :@.....

Activités Professionnelles :

	Année	Employeur	Activité exercée
En secteur hospitalier, social ou médico-social			
Autres secteurs			
Autre			

❖ **Pour les demandeurs d'emploi**

Inscrit à France Travail : OUI NON

Date d'inscription à France Travail : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Numéro d'identifiant France Travail : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

Percevez-vous des indemnités OUI NON

Si oui laquelle : (RSA- France Travail)
.....

Inscrit à une Mission Locale OUI NON
(Fournir la fiche de liaison ou attestation d'inscription)

Fait à :

Le |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Signature :