

Photo

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(A remplir en caractères d'imprimerie)

Formation auxiliaire de puériculture 2027 – 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 : création sur le modèle : nom.prenom@outlook.fr ou @outlook.com

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

- | | | |
|---|---------------|-----------------|
| ☐ Elève en Terminale : | Série : | Date : _ _ _ _ |
| ☐ Baccalauréat : | Série : | Date : _ _ _ _ |
| ☐ Baccalauréat Professionnel ASSP ou SAPAT | Série : | Date : _ _ _ _ |
| ☐ Titre homologué niveau IV (précisez)..... | | Date : _ _ _ _ |
| ☐ Titre homologué niveau V (précisez) | | Date : _ _ _ _ |
| ☐ Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant | | Date : _ _ _ _ |
| ☐ Diplôme d'Etat d'Ambulancier | | Date : _ _ _ _ |
| ☐ Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale | | Date : _ _ _ _ |
| ☐ Diplôme d'Etat d'Accompagnement Educatif et Social | | Date : _ _ _ _ |
| ☐ Diplôme d'Etat d'Agent de Service Médico-Social | | Date : _ _ _ _ |
| ☐ Diplôme ARM | | Date : _ _ _ _ |
| ☐ Titre d'Assistante de Vie aux Familles | | Date : _ _ _ _ |
| ☐ 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 :

Signature :

Le | | / | | / | | | |

--