

**FICHE D'INSCRIPTION ACCOMPAGNEMENT
VAE 24 H**

Directrice
Me. Patricia KRILL

Coordinatrice Pédagogique
Me. Christine EHRHARDT
cehrhardt@ch-bischoewiller.fr

Secrétariat
secretariat.ifas@ch-bischoewiller.fr
Tél. 03 88 80 22 37

NOM : **PRENOM** :

NOM Marital :

ETAT CIVIL : ☐ célibataire, ☐ marié(e), ☐ en situation maritale, ☐ divorcé(e)

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE : Code Poste : Ville : Pays :

NATIONALITÉ :

ADRESSE :

N° de TELEPHONE : fixe : portable

E-mail :

N° de SECURITE SOCIALE :

Nombre d'enfants et âge :

Profession du conjoint :

Personnes à prévenir en cas d'urgence : Nom : Prénom :
Filiation : Père ☐ Mère ☐ Frère/Sœur ☐ Conjoint ☐ Ami ☐
Téléphone :

LIVRET 1 (joindre les pièces justificatives)

Date de recevabilité du livre 1 :

SITUATION ACTUELLE : (joindre les pièces justificatives)

☐ **Demandeur d'emploi**

N° d'identifiant : Date d'inscription :

Indemnité Pôle Emploi : oui ☐ non ☐ Date de fin de droit :



☐ Activité salariée :

Nom de l'employeur :

Adresse de l'établissement :

Service d'affectation : Fonction exercée :

☎ : Adresse mail :

Nature du contrat : ☐ CDI date d'embauche :

☐ CDD date de fin :

☐ CAE/CUI date de fin :

☐ Autres précisez :

NIVEAU D'ETUDES SCOLAIRE LE PLUS ELEVE ET SI DIPLOME NOTER LEQUEL ET L'ANNEE D'OBTENTION

.....

AUTRES FORMATIONS SUIVIES (en dehors du cursus scolaire)

.....

SITUATIONS SALARIALES ANTERIEURES : Activités salariales et nom de l'employeur :

.....

PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

☐ **Organisme** (OPCA, autres...) indiquer le Nom :

☐ **Personnel** : joindre un chèque à l'ordre du trésor public du montant indiqué sur le devis ci-joint

DIVERS

- Quels sont vos attentes par rapport à cette formation ?

- Etes-vous en situation de handicap ? ☐ oui ☐ non

- Avez-vous de besoins spécifiques pour suivre cette formation ? ☐ oui ☐ non

- Si oui lesquels ?

Vous pouvez contacter le référent handicap, Mme EHRHARDT Christine au 03.88.80.22.37

Je demande à être inscrit(e) à l'Institut de Formation des Aides-Soignants de Bischwiller pour suivre la formation de 24 heures d'accompagnement dans le cadre de la V.A.E. pour l'obtention du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant. Je m'engage à ne pas modifier mon choix après le dépôt du dossier.

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

A, le