



CENTRE  
HOSPITALIER  
DEPARTEMENTAL  
BISCHWILLER

INSTITUT DE FORMATION  
DES AIDES SOIGNANTS

N° dossier : .....

Réservé à l'IFAS

ORAL  
 DÉPOSÉ       ENVOYÉ  
Date de réception du dossier :

**FICHE D'INSCRIPTION - 2017**  
**PREPARATION AU CONCOURS AS**  
**EPREUVE ORALE      SESSION :  printemps 2018**  
 **été 2018**

**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** : .....

Code Poste : ..... Ville : .....

**N° de TELEPHONE** : fixe : ..... portable .....

**E-mail** : .....

**N° de SECURITE SOCIALE** : .....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence** : Nom : ..... Prénom : .....

Filiation : Père  Mère  Frère/Sœur  Conjoint  Ami

Téléphone : .....

**NIVEAU D'ETUDES SCOLAIRE**

Baccalauréat : Lequel : ..... Année d'obtention : .....

BEP : Lequel : ..... Année d'obtention : .....

CAP : Lequel : ..... Année d'obtention : .....

Autres : Lequel : ..... Année d'obtention : .....

**Je souhaite bénéficier de la formation préparation au concours AS :**

OU

COCHER	Dates	Coût
	Printemps 2018	630,00 €
	Été 2018	630,00 €

**SITUATION ACTUELLE** : (joindre les pièces justificatives)

**Scolarisé** (attestation de scolarité)

Nom de l'établissement : .....

Classe de : .....

Diplôme préparé : .....

**Demandeur d'emploi** (attestation d'inscription au pôle emploi)

N° d'identifiant : ..... Date d'inscription : .....

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

**Activité salariée** (contrat de travail)

Nom de l'employeur : .....

Adresse de l'établissement : .....

N° téléphone : ..... E-mail : .....

Service d'affectation : ..... Fonction exercée : .....

Nature du contrat :  CDI date d'embauche : .....

CDD date de fin contrat : .....

CAE/CUI date de fin de contrat : .....

Autres précisez : .....

**AVEZ-VOUS DEJA TRAVAILLE DANS UN HOPITAL, UNE MAISON DE RETRAITE, .... ?**

oui  non

Si oui, préciser la nature - stage, vacancier, ... et le lieu et les dates d'entrée et de sortie

.....  
.....

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION**

**Prise en charge financière par votre employeur** – Formation continue (joindre une attestation

indiquer le Nom et l'adresse : .....

**Prise ne charge financière par un OPCA** - Formation continue (organisme paritaire collecteur agréé ANHF, UNIFAF, UNIFORMATION, AGEFOS PME, autres... )

indiquer le Nom et adresse : .....

**Pôle emploi** (joindre les documents) : .....

**Personnel** : joindre un chèque à l'ordre du trésor public

Chèque n° : ..... Banque : ..... montant :

Nom du teneur du compte : .....

	€
--	---

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

A ....., le ..... 2018

Signature,