



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

I / IDENTITE :

Nom : Prénom :

Nom d'épouse : Autres prénoms :

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Département de naissance (*en chiffre*) :

Lieu de naissance :

Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Situation familiale : Célibataire Divorcé(e) Marié(e)
Concubinage P.A.C.S. Veuf(ve)

Nationalité :

N° d'immatriculation à la sécurité sociale obligatoire : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
clé ____

Adresse :

.....
.....
.....

Téléphone fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

@Mail : prenom.nomifas11010@gmail.com ⁽¹⁾ :

⁽¹⁾ Il est **obligatoire** de créer une adresse mail formalisée en respectant précisément le format suivant : prenom.nomifas11010@gmail.com. Attention : le Nom doit être celui de jeune fille pour les étudiantes mariées. Toute autre adresse mail ne sera pas acceptée.

L'institut de formation utilisera cette adresse Gmail pour toute la durée de votre formation. Cette adresse permettra à l'institut de formation de vous communiquer des identifiants de connexion pour accéder à la plateforme pédagogique.

 @Mail autre que celui utilisé pendant les études ⁽²⁾ :

⁽²⁾ Noter votre adresse mail personnelle ; elle sera utilisée pour l'envoi d'informations après votre fin de formation. (Information pour cérémonie du diplôme d'Etat, offres d'emploi...).

II / TYPE DE PARCOURS :

- Parcours « Formation initiale ».
- Parcours « Formation professionnelle continue ».
- Parcours « VAE ».

TITRE D'INSCRIPTION AU CONCOURS :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie sociale | <input type="checkbox"/> Mention Complémentaire d'Aide à Domicile |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> Aide médico-psychologique |
| <input type="checkbox"/> Ambulancier | <input type="checkbox"/> Assistant de vie aux familles |
| <input type="checkbox"/> Titulaire du Bac ASSP | <input type="checkbox"/> Titulaire du Bac SAPAT |
| <input type="checkbox"/> VAE | <input type="checkbox"/> Sans diplôme |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat : série : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Candidat inscrit en terminale : série : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autre diplôme de niveau IV (à préciser) : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : _____ | |

III / FINANCEMENT :

Votre situation :

- Demandeur d'emploi** remplissant les conditions cumulatives permettant la prise en charge régionale citées dans le livret d'informations (cf page 6)

✓ Fournir le jour de la rentrée un « avis de situation » délivré par Pôle Emploi.

La date de cet avis doit être antérieure à la rentrée scolaire (maximum 15 jours avant)

Numéro d'identifiant :

Agence de rattachement :

Date d'inscription au Pôle Emploi :

Percevez-vous une indemnisation : OUI NON

↳ (Si oui, fournir un justificatif de l'allocation perçue)

- En poursuite de scolarité**

✓ Fournir le certificat de scolarité du dernier établissement fréquenté (année 2019-2020).

- Employé(e) dans un établissement privé**

Si oui, merci d'indiquer les coordonnées **COMPLETES** de votre employeur (Adresse, Contact, Tél) :

.....
.....
.....
.....

Nom et adresse de l'organisme de prise en charge :

- FONGECIF UNIFAF UNIFORMATION AUTRE

.....
.....
.....
✓ Fournir l'attestation de prise en charge de l'organisme.

Employé(e) dans un établissement de la fonction publique hospitalière

Si oui, merci d'indiquer le contact et l'adresse de l'établissement :

.....
.....
.....
L'établissement prend en charge les coûts de votre formation : OUI NON

✓ Fournir l'attestation de prise en charge établie par votre établissement.

Auto-financement

Votre situation ne correspond à aucun des cas cités ci-dessus alors vous devrez vous acquitter du coût pédagogique de la formation :

✓ Fournir une attestation personnelle dans laquelle vous vous engagez à prendre en charge financièrement le coût pédagogique de la formation. A la rentrée une convention sera établie entre l'IFAS et le bénéficiaire de la formation.

BOURSES REGIONALES :

➔ **Avez-vous fait une demande de bourses auprès de la Région Occitanie pour la rentrée 2021/2022 ?**

- OUI NON

(Si OUI, pensez à nous adresser une photocopie de la notification de bourses qui vous a été envoyée par le service des bourses de la Région / ou nous l'adresser dès que vous la recevrez).

IV / CURSUS SCOLAIRE :

Intitulés et spécificités de vos diplômes / titres professionnels et leurs dates d'obtention :

(Les attestations provisoires de réussite ne sont pas acceptées)

.....
.....
Niveau scolaire :

- Niveau 6 : Collège
 Niveau 5 : BEP ou CAP
 Niveau 4 : Baccalauréat général ou professionnel
 Niveau 3 : Equivalent d'un BAC+2 (BTS / DUT)
 Niveau 2 : Equivalent d'un BAC+3/4 (Licence)
 Niveau 1 : Equivalent d'un BAC+5 (Master / Ingénieur)

V / MOYEN DE TRANSPORT :

L'élève s'engage à avoir un véhicule disponible pour se rendre sur les différents lieux de stage en fonction de la programmation pédagogique.

Permis de conduire : OUI NON EN COURS

Type de véhicule : Voiture
 Motocyclette >= 50cm³
 Vélomoteur / Scooter < 50 cm³
 Néant

Modèle : Immatriculation : Nombre de CV :

(En cas de changement de véhicule en cours d'année, transmettre au secrétariat la nouvelle carte grise)

VI / ACTIVITES PROFESSIONNELLES :

Expériences professionnelles antérieures :

.....
.....
.....

Préparation au concours de sélection : OUI NON

Si oui, merci d'indiquer dans quel établissement :

VII / MODULES DE FORMATION DEJA ACQUIS :

Merci de cocher les unités de formation déjà validées grâce à votre titre professionnel ou diplôme :

Unités	Unité de formation	date Acquisition	Voie d'Acquisition		
			Titre Prof. / Diplôme d'Etat	Bac ASSP/SAPAT	VAE
1	Accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne	___/___/___			
2	L'état clinique d'une personne	___/___/___			
3	Les soins	___/___/___			
4	Ergonomie	___/___/___			
5	Relation - Communication	___/___/___			
6	Hygiène des locaux hospitaliers	___/___/___			
7	Transmission des informations	___/___/___			
8	Organisation du travail	___/___/___			

VIII / DIVERS :

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : _____ Prénom : _____

N° de Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ N° de Téléphone portable : : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

NOM : _____ Prénom : _____

N° de Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ N° de Téléphone portable : : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

PERSONNE(S) DE CONFIANCE POUVANT ETRE CONTACTEE EN COURS DE SCOLARITE :

NOM _____ Prénom : _____

N° de Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ N° de Téléphone portable : : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

NOM : _____ Prénom : _____

N° de Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ N° de Téléphone portable : : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

ENFANT(S) DE L'ELEVE :

Nom, Prénoms et âge des enfant(s) de l'étudiant :

.....
.....
.....
.....
.....

FAMILLE DE L'ELEVE :

Père : Age : Profession :

N° de Téléphone portable : : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse :

.....

Mère : Age : Profession :

N° de Téléphone portable : : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse :

.....

.....

Conjoint : Age : Profession :

N° de Téléphone portable : : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse :

.....

.....

J'atteste de la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document et m'engage à vous informer de tous changements.

Fait à, le.....

Signature de l'élève :