



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**Formation Aide - Soignant**

**A remplir en caractères d'imprimerie**

NOM ..... NOM D'USAGE .....

PRENOMS .....

DATE et LIEU de NAISSANCE .....

NATIONALITE .....

ADRESSE ACTUELLE .....

Code postal ..... Commune .....

ADRESSE PENDANT LA FORMATION .....

Code postal ..... Commune .....

TELEPHONE FIXE ..... PORTABLE.....

MAIL (format obligatoire : prénom.nom@..).....

N° sécurité sociale .....  
(joindre la copie de l'attestation de la carte vitale)

NOMBRE d'ENFANTS à CHARGE ..... AGE de vos ENFANTS .....

PROFESSION du CANDIDAT.....

PROFESSION du CONJOINT.....

PERSONNE à PREVENIR en CAS D'URGENCE .....

N° de Téléphone Domicile ..... Portable .....

ETUDES et FORMATIONS du CANDIDAT		JOINDRE PHOTOCOPIES
Diplôme (s) Obtenu (s)	Année	Noms et adresses des établissements scolaires

ACTIVITES PROFESSIONNELLES			JOINDRE PHOTOCOPIES
	Année	Nom et adresse Employeur	Activité exercée
Activité professionnelle en secteur hospitalier, social ou médico-social			
Activité professionnelle dans d'autres secteurs			

	Date	Adresse
Inscription au Pôle Emploi en qualité de demandeur d'emploi		
Structure d'accueil jeunes Mission Locale		
Autres		

Fait à Paris, le

Signature