

## FICHE D'INSCRIPTION Sélection d'entrée en formation aide - soignant (e) 2024

NOM ..... NOM EPOUSE.....

PRENOMS .....

DATE DE NAISSANCE ..... LIEU DE NAISSANCE.....Département .....

ADRESSE .....

TELEPHONE Fixe ..... Portable .....

E-Mail .....

### Titre d'inscription (cocher la case correspondante)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bac Pro ASSP  | <input type="checkbox"/> ASHQ / Agent de service |
| <input type="checkbox"/> Bac Pro SAPAT   | <input type="checkbox"/> Autres                  |
| <input type="checkbox"/> Diplôme de niveau 4 (Baccalauréat, DAEU, Brevet Professionnel...) | <input type="checkbox"/> Sans diplôme            |
| <input type="checkbox"/> DEA Date d'obtention .....  |  |
| <input type="checkbox"/> CAP Accompagnement éducatif petite enfance                        |  |
| <input type="checkbox"/> DEAES/DEAMP/DEAVS/AVS   |  |
| <input type="checkbox"/> DARM  |  |
| <input type="checkbox"/> DEAP Date d'obtention.....  |  |
| <input type="checkbox"/> T.P.ADVF  |  |
| <input type="checkbox"/> T.P. AMS  |  |

**La production du diplôme est sous la responsabilité de l'apprenant. Le parcours qui en découle ne sera pas modifiable en cours d'année.**  
J'accepte sans réserve le règlement qui régit les épreuves de sélection.

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

A .....

Le.....

Signature :