CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON **I.F.A.S** **Simone Veil**	**DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION DE LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT 2025** **❒ PARCOURS COMPLET** **❒ PARCOURS PASSERELLE** **❒ PARCOURS PARTIEL BAC PRO ASSP ou SAPAT** **❒ PARCOURS PARTIEL EN CONTRAT D'APPRENTISSAGE (Bac Pro ASSP/SAPAT et parcours passerelle)** ***Imprimer au format paysage sur 2 pages - écrire en majuscule***	le 8 juillet 2024

COLLEZ OU AGRAFEZ VOTRE PHOTO

NOM DE FAMILLE : …… **PRENOM :** ……..

NOM D'USAGE (Epouse) : …… …… **NATIONALITE :** ……**SEXE :** ❑ **F** ❑ **M**

DATE ET LIEU DE NAISSANCE …..../ ……../ …….. **À :** …….……**Dpt. :** ……..**PAYS :** …….....

PERMIS DE CONDUIRE : ❒ **OUI** **VEHICULE PERSONNEL:** ❑ OUI ❑ NON // ❒ **PERMIS EN COURS** ❒ **PAS DE PERMIS**

SITUATION DE FAMILLE : ❑ Célibataire ❑ Marié(e) ❑ Divorcé (e) ❑ Parent isolé **NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE :** ……

ADRESSE :……..

CODE POSTAL : …….. **VILLE :**……..…….……..

TELEPHONE FIXE : ……**PORTABLE :** ……..……

ADRESSE MAIL (EN MAJUSCULE): …….…….. **@**……..

PERSONNE JOIGNABLE SI NECESSAIRE - : NOM : ……**TEL :** …….……

DIPLÔME et ANNEE D'OBTENTION (joindre impérativement la photocopie) : ……..

VOTRE SITUATION EN 2024 : ❒ **Etudiant / Lycéen** ❒ **ASH établissement public : où : …… Type de contrat :** ……..

❒ **Inscrit à France Travail depuis le : ……..**❑ **en cours // N° identifiant :** …….…….…….. **Indemnisé :** ❒ **OUI** ❒ **NON** ❒ **en cours...**

❒ **Salarié(e) (avec prise en charge par l'employeur)** **OU** ❒ **Formation en contrat d'apprentissage**

précisez ci-dessous le nom et coordonnées de l'employeur :-

Nom de l'établissement : ……...……

Adresse : …….

Téléphone : ……..**Email :** …….....

Type de contrat si salarié (e) : ❒ **CDD** ❒ **CDI** **Si autre financement (Transition Pro, ANFH,…), précisez :**……..

❒ **Si vous avez suivi la formation modulaire AS en 70H : joindre l'attestation de formation**

Constitution du dossier d'inscription :

- ❒ Photocopie **recto-verso** des pièces officielles d'identité **en cours de validité** : pièce d'identité, passeport, titre de séjour ❒…./…./….
- ❒ Une lettre de motivation manuscrite ❒
- ❒ Un *curriculum vitae* ❒
- ❒ Un document manuscrit relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation.(cf. note explicative) **Ce document n'excède pas 2 pages**. ❒
- ❒ Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français ❒
- ❒ Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires : ❒
- ❒ Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs), (y compris, l'attestation de formation modulaire AS en 70 H) ❒
- ❒ Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive…) en lien avec la profession d'aide-soignant ❒
- ❒ Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation ❒
- ❒ Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites ci-dessus, au regard notamment de leur parcours scolaire, de leurs diplômes et titres ou de leur parcours professionnel, **les candidats joignent à leur dossier une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 du cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe**. A défaut, ils produisent tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maitrise du français à l'oral. ❒
- ❒ Fiche médicale ARS à remplir par un médecin (cf. note explicative) ❒
- ❒ **Pour les candidats demandeurs d'emploi** : Photocopie de votre attestation FRANCE TRAVAIL mentionnant votre N° identifiant ❒
- ❒ **Pour les candidats en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation** : engagement signé par l'employeur ❒
- ❒ 1 carte postale timbrée et libellée au nom et adresse du candidat (elle vous sera renvoyée et confirmera ainsi la bonne réception du dossier) ❒

❒ Je souhaite signaler une situation de handicap nécessitant des compensations en formation

J'autorise l'Institut à publier mon identité sur son site Internet, dans le cadre de la diffusion des résultats.

❑ OUI ❑ NON - Cette partie, non renseignée, vaut accord de diffusion**.**

❑ ***J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Institut*** ☞ ***https://www.ch-arcachon.fr/media/uploads/2024/04/09/reglement-interieur-2024.pdf***

Fait le : …… À **:……SIGNATURE DU CANDIDAT (si mineur, signature du représentant légal) :**