

INSCRIPTION A LA FORMATION AIDE-SOIGNANTE **POUR LES CANDIDATS INSCRITS** **PAR LA VOIE DE L'APPRENTISSAGE**

A RETOURNER OU A DEPOSER AU SECRETARIAT DE L'IFAS
avant le 01/12/2024

Documents à fournir pour tous les candidats

La fiche d'inscription accompagnée des pièces à fournir listées ci-dessous constitue le dossier d'inscription

		Pointage des documents
1	Copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité.	
2	Une lettre de motivation avec description du projet professionnel de l'apprenti.	
3	Un Curriculum Vitae.	
4	La Fiche d'inscription dûment complétée et signée.	
5	Joindre la fiche de renseignement de l'employeur complétée et signée par les deux parties que vous trouverez en annexe.	
6	La copie de vos diplômes.	
7	Selon la situation du candidat : Copie du ou des diplômes ou titres traduits en français acquis obligatoire.	
8	Pour les ressortissants étrangers, une attestation du niveau de langue française B2* et un titre de séjour valide pour toute la durée de la formation.	
9	Le certificat d'aptitude dûment complété et signé qui vous sera demandé le jour de la rentrée. Le certificat de vaccinations est fourni afin que vous puissiez anticiper celles-ci, en effet il sera obligatoire avant de partir en stage ou chez l'employeur	

**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 maîtrise du français à l'oral.*

9 Chemin de Boisvignal - BP 50146
07205 AUBENAS Cedex
☎ 04.75.35.60.64 📠 04.75.35.60.65
✉ ifsi@ch-ardeche-meridionale.fr

FICHE D'INSCRIPTION / FORMATION AIDE-SOIGNANTE
CANDIDATS EN APPRENTISSAGE
ANNEE SCOLAIRE 2024 2025

Nom de naissance		
Prénom(s)		
Nom d'usage		
Date de naissance	Le	
Lieu et département	A	
Nationalité		Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse		
Code Postal - Ville		
Téléphone	Fixe :	Portable :
Email (obligatoire)		
N° Sécurité Sociale		
Permis de conduire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Personne à prévenir en cas d'urgence	Nom-Prénom : ☎	

→ **NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :**

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

A, le

Signature :

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, l'IFSI/IFAS du Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale dispose d'un traitement informatique pour l'accomplissement de ses missions : gestion du cursus des étudiants/élèves à compter de leur inscription jusqu'à la fin de leur formation.

A cette fin, l'IFSI/IFAS du Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale est amené à enregistrer des données vous concernant et à les transmettre, le cas échéant, aux services administratifs concernés de l'établissement ainsi qu'aux organismes extérieurs participant à la prise en charge de la formation.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification aux données vous concernant en adressant votre demande par courrier postal :
A l'attention de M. le Directeur du Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale
14-16 Avenue de Bellande - BP 50146 - 07205 AUBENAS Cedex