



INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

AVENUE GUIGONE DE SALINS. B.P. 40104. 21204 BEAUNE CEDEX. TELEPHONE 03 80 24 44 49. FAX 03 80 24 45 83. Courriel : lst.sec.ifsi@ch-beaune.fr

FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE aux épreuves de SELECTION 2019 Formation d'Aides-Soignants (Cursus Partiel)

N° dossier
(réservé IFAS)

Civilité

Nom de famille

Prénoms

Nom d'usage (ou d'épouse)

Date de Naissance :

Lieu de Naissance : Département.....

Nationalité.....

Adresse :

Code Postal..... Ville.....

Numéro de téléphone fixe : Numéro de téléphone portable :

Adresse mail :

Mention obligatoire : (au moins un numéro 🏠 où le candidat peut être joint)

- **Candidat se présentant à la sélection avec** (cocher la case correspondante) :

- Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (D.E.A.P.)
- Diplôme d'Etat d'Ambulancier (D.E.A.)
- Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (D.E.A.V.S.)
- Mention Complémentaire d'Aide à Domicile (M.C.A.D.)
- Aide Médico-Psychologique (A.M.P.)
- Assistant de Vie aux Familles (A.V.F.)

Annexe Cursus Partiel

Merci de renseigner l'ensemble des pages de l'annexe

Date de limite de dépôt du dossier : Vendredi 1^{er} mars 2019 (cachet de la poste faisant foi)

Activité professionnelle ou formation suivie actuellement (cochez les cases correspondant à votre situation).

Salarié secteur public : - Employeur

.....

- Prise en charge des frais de formation : oui non

Salarié secteur privé : - Employeur

.....

- Prise en charge des frais de formation : oui non

Non Salarié - Situation.....

Demandeur d'emploi - N° identifiant.....

Je soussigné (e) Nom..... Prénom.....

Accepte

N'accepte pas

Que mes résultats aux épreuves de sélection à l'entrée à l'Institut de Formation d'Aides-Soignants de Beaune soient publiés sur le site internet de l'IFAS de Beaune.

Je soussigné(e),.....

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A Le

Signature