

PHOTO

FICHE D'INSCRIPTION STAGIAIRE

Merci de bien vouloir renseigner la présente fiche le plus complètement possible car elle servira lors de votre entretien individuel avec la responsable pédagogique. Vous pouvez nous l'envoyer par courrier ou par mail. ac3sgpe@orange.fr

■ VOTRE ETAT CIVIL

NOM

PRENOM

LIEU DE NAISSANCE

NOM DE JEUNE FILLE

ADRESSE

DATE DE NAISSANCE

CODE POSTAL

TEL DOMICILE

VILLE

MAIL

AVEZ-VOUS UN VEHICULE PERSONNEL ?

TEL PORTABLE

- OUI
- NON

SITUATION FAMILIALE

- Celibataire
- Mariée
- Divorcée

NOMBRE D'ENFANTS

PERSONNE A CONTACTER EN CAS
D'ACCIDENT :

NOM

TEL

VOTRE NIVEAU DE QUALIFICATION ET NIVEAU SCOLAIRE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> FIN D'ETUDE PRIMAIRE | <input type="checkbox"/> INTITULE (s) DU DIPLOME(s)
OBTENU(s) |
| <input type="checkbox"/> BNC | <input type="checkbox"/> BAC |
| <input type="checkbox"/> BEP/CAP | <input type="checkbox"/> BTS |
| <input type="checkbox"/> BP | |
| <input type="checkbox"/> SUPERIEUR | |

VOTRE STATUT

VOUS ETES

- Salarié (e)
- Demandeur d'emploi
- Autre :

SI DEMANDEUR D'EMPLOI

NUMERO IDENTIFIANT POLE EMPLOI
AGENCE DE RATTACHEMENT
NOM DU CONSEILLER
DATE INSCRIPTION POLE EMPLOI

VOTRE DERNIER EMPLOI

QUEL ETAIT VOTRE DERNIER EMPLOI
FONCTION

PREPARATION ACCOMPAGNEMENT PARCOURS SUP ENTREE EN ECOLE MEDICOSOCIALE

- Filière Social : Moniteur Educateur - Educateur Spécialisé – Assistante Sociale – Educateur de Jeunes Enfants
- Filière Sanitaire : Infirmière – Ade Soignante – Auxiliaire de puériculture
- VAE

PRECISEZ VOTRE CHOIX :

DECRIEZ LES RAISONS POUR LESQUELLE VOUS SOUHAITEZ CETTE FORMATION

A JOINDRE AU DOSSIER		Réserver à l'administration
Le dossier d'inscription rempli et signé		
Si demandeur d'emploi : Attestation des périodes d'inscription		
Un CV		
Deux photos		
Copies des diplômes		
Certificat de travail		
Copie carte identité		
Frais de dossier : 50€ <input type="checkbox"/> Par chèque à l'ordre de AC3S <input type="checkbox"/> Par virement : IBAN : FR76 1010 7004 7300 6380 1089 471 Domiciliation : BRED BANQUE POPULAIRE		
PRISE EN CHARGE FORMATION <input type="checkbox"/> OPCO <input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE <input type="checkbox"/> CPF PTP <input type="checkbox"/> POLE EMPLOI		<input type="checkbox"/> REGION <input type="checkbox"/> CCAS <input type="checkbox"/> AUTRES

Fait le _____ à _____

Signature _____

Cadre réservé à l'Administration Reçu le _____ Vérifié par _____ Date de convocation : _____ Dossier complet : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
