

PHOTO

**FICHE D'INSCRIPTION
PREPA SELECTION ECOLE
SOCIALE ET PARAMEDICAL**

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 ADRESSE
PRENOM CODE POSTAL et COMMUNE
NOM DE JEUNE FILLE TEL DOMICILE
DATE DE NAISSANCE TEL PORTABLE
AGE MAIL
LIEU DE NAISSANCE
AVEZ-VOUS UN VEHICULE PERSONNEL ?
OUI
NON
SITUATION FAMILIALE
Célibataire
Mariée
Divorcée
NOMBRE D'ENFANTS
NOM DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT :
TEL DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT :

VOTRE NIVEAU DE QUALIFICATION ET NIVEAU SCOLAIRE

FIN D'ETUDE PRIMAIRE

Brevet National des Collèges BAC
BEP/CAP BTS
BP
SUPERIEUR

Autres :

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 DERNIERE ENTREPRISE :

FONCTION :

DUREE DANS L'ENTREPRISE :

PREPARATION A LA SELECTION POUR QUELLE FILIERE ?

Filière Social : Moniteur Educateur - Educateur Spécialisé – Assistante Sociale – Educateur de Jeunes Enfants

Filière Sanitaire : Infirmière – Ade Soignante – Auxiliaire de puériculture

VAE – Validation des acquis et de l'expérience

POUR QUEL METIER ?

Filière Social :

Accompagnant Educatif et Social

Moniteur Educateur

Educateur Spécialisé

Assistante Sociale

Educateur de Jeunes Enfants

Filière paramédicale :

Infirmière

Aide-Soignante

Auxiliaire de puériculture

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 : 20€ Par chèque à l'ordre de AC3S 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 _____

Nom prénom et initiales _____

Cadre réservé à l'Administration AC3S
Reçu le _____ Vérifié par _____ Date de convocation : _____ Dossier complet : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non