

**EPREUVE DE SELECTION DANS LES INSTITUTS DE FORMATION  
D'AIDES-SOIGNANTS DU REGROUPEMENT DU DEPARTEMENT DE L' AISNE**

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**Tout dossier incomplet à la date de clôture ne sera pas pris en compte**

**COLONNE RESERVEE à  
L'ADMINISTRATION**

Dossier N°

Dossier Complet

OUI ( ) NON ( )

Date de dépôt

/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

**TAMPON de l'IFAS**

NOM de naissance : .....

NOM d'usage (marital) : .....

PRENOM(S) : .....

Jour / Mois / Année

DATE de NAISSANCE : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe :  M  F

LIEU de NAISSANCE : ..... CODE POSTAL : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ADRESSE : .....

CODE POSTAL / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ VILLE.....

TELEPHONE ..... PORTABLE .....

EMAIL .....@.....

**Documents à fournir**

	Vérification par :	
	Candidat	IFSI
Carte d'identité ou passeport ou titre de séjour en cours de validité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum vitae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettre de motivation manuscrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Document manuscrit de 2 pages maximum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation(s) de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cas échéant ou selon la situation :		
Relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de suivi de préparation au concours d'aide-soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justificatif d'engagement ou expérience personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les ressortissants hors U.E., une attestation du niveau de langue française requis C1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous êtes titulaire d'un diplôme ou titre professionnel, veuillez préciser lequel :		

**CHOIX DES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS :**

Indiquez **obligatoirement** les 5 codes des **Instituts** dans l'ordre de vos préférences de 1 à 5 (non modifiable)

**(Si les 5 IFAS n'apparaissent pas, votre dossier sera considéré incomplet)**

/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**1<sup>ER</sup> choix**

/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**2ème choix**

/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**3ème choix**

/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**4ème choix**

/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**5ème choix**

Le Candidat soussigné certifie sur l'honneur avoir donné des renseignements exacts.

Date du : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ /

Signature du candidat :

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des épreuves de sélection aides-soignantes. Les destinataires des données sont les IFAS du regroupement du département de l'Aisne. Conformément aux dispositions de la Loi Informatique et Libertés du 20 juin 2018 et du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données), vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression, d'opposition, de portabilité, et limitation du traitement de vos données que vous pouvez exercer en vous adressant au Directeur de l'IFAS.»