



**FICHE D'INSCRIPTION POUR L'ENTREE  
A L'INSTITUT DE FORMATION  
D'AIDES-SOIGNANTS DU  
CENTRE HOSPITALIER DE LAON**

Épreuve écrite :

( ) OUI ( ) NON

Dossier n° :

Dossier complet :

( ) OUI ( ) NON

Date de dépôt :

\_\_\_ / \_\_\_ / 201\_\_\_

Internet : \_\_\_\_\_

**CADRE RESERVEE  
L'ADMINISTRATION**

TAMPON

NOM de famille

(Nom de jeune fille)

NOM d'usage

Prénom(s)

Sexe  M  F

Date de naissance  /  /  Lieu :  N° Dépt :

Nationalité

Adresse

Code postal  Ville

Tél.  .  .  .  .  Tél. portable  .  .  .  .

Adresse Mail **(OBLIGATOIRE)**  @

Je suis titulaire. Précisez l'intitulé du ou des diplôme(s) et l'année d'obtention :

1)  Année :

2)  Année :

Je ne suis titulaire d'aucun diplôme.

Je suis sous contrat de travail avec un établissement de santé ou une structure des soins (Art. 13 bis)

Précisez : Date de fin de contrat  /  /

Nom – Lieu de l'établissement

Je désire être inscrit sur  la liste 1 des candidats de droit commun  la liste 2 des candidats Art. 13Bis

Je suis scolarisé(e) ou en formation – Précisez

Le candidat soussigné certifie sur l'honneur avoir donné des renseignements exacts et déclare confirmer son inscription aux épreuves de sélection 2018 à l'Institut de Formation d'Aides-Soignants de LAON.

Fait à  le  /  / 201

Signature du candidat ou des parents (si celui-ci est mineur)