

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

Cursus intégral de formation

B

Épreuve écrite :

() OUI () NON

Dossier n° :

Dossier complet :

() OUI () NON

Date de dépôt :

___ / ___ / 201___

Internet : _____

**CADRE RESERVEE
L'ADMINISTRATION**

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 2019 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)

