



FICHE DE CONFIRMATION ET RENSEIGNEMENTS

à retourner avant le 16 juillet 2024

Je soussigné (e) Nom – Prénom

- Confirme
mon inscription pour l'entrée en formation aide-soignante pour la **rentrée de septembre 2024**.
- Renonce à

Ma situation avant l'entrée en formation (cochez la case correspondante) :

- Sortant(e) scolaire** en poursuite d'études - dernière année de scolarisation :
- Salarié(e)** - employeur :
- Type de contrat : CDI CDD date de fin ... / ... /
- Inscrit(e) à Pôle Emploi** n° identifiant PE :
- Demandeur d'emploi : indemnisé non indemnisé
- NON inscrit(e) à Pôle Emploi** motif :
- Autres

Frais de formation pris en charge par (cochez la case correspondant à votre situation)

- Région Grand-Est A titre personnel
- OPCO Employeur
- Pôle Emploi Autres

Parcours Scolaire : Diplôme obtenu et date d'obtention

- | | | | |
|---|---------------|---------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> BAC ASSP/SAPAT | Année : | <input type="checkbox"/> DE AES | Année : |
| <input type="checkbox"/> ADVF | Année : | <input type="checkbox"/> DEA | Année : |
| <input type="checkbox"/> ASMS | Année : | | |
| <input type="checkbox"/> ARM | Année : | | |
| <input type="checkbox"/> DE AP | Année : | | |

Rappel : Les titulaires d'un de ces diplômes effectueront la formation en **Cursus Partiel**

- Diplôme (autre que ceux cités ci-dessus) et Année :
- (Pour **les bacheliers de juillet 2024**, veuillez-nous fournir le relevé de notes téléchargé sur Cyclades)

Titulaire du permis de conduire : OUI NON

En possession **d'un véhicule** de déplacement OUI NON

Je certifie exact les renseignements fournis

Fait à le ... / ... /

Signature :

Institut de Formation « René Miquel »

Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et Institut de Formation d'Aide-Soignant (IFAS)
1 rue Pierre Hallali – BP 40031 – 08001 Charleville-Mézières Cedex

☎ : 03.24.55.66.90

✉ : secretariat.ifs08@gmail.com

<http://www.ifs08.fr>

T3N4.4.5.5