



## FICHE D'INSCRIPTION – SELECTION AIDE SOIGNANT RENTREE 2022

Sélection pour entrer en formation menant au DEAS à partir du 03 Janvier 2022

Dossier de candidature à renvoyer – **en une seule fois** – avant le 19 juillet 2021

Les nouvelles modalités de sélection sont régies par les Arrêtés du 07 Avril 2020 et du 12 Avril 2021 (voir site du CFPBNA ou Légifrance).

### Partie 1 : Vos Coordonnées

NOM (de naissance) : ..... Prénom : .....  
Nom (d'usage) : ..... Date de naissance : ...../...../.....  
Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....  
Adresse : .....  
.....  
CP : ..... Ville : .....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Email : .....

### Partie 2 : Vos diplômes

Dernier diplôme obtenu : .....  
.....  
Année d'obtention de ce diplôme : ..... Etablissement : .....  
Autre diplôme que vous voulez mentionner : .....  
.....

#### Pour les ressortissants Hors Union Européenne

Pensez à la traduction de vos diplômes le cas échéant

Attestation du niveau de langue française : B2 ou équivalent (voir arrêté du 12 avril 2021)

### Partie 3 : Eléments complémentaires

Avez-vous le permis de conduire ?  Oui  Non  en cours  
Moyen de locomotion :  Transports en commun  Véhicule personnel  Autre : .....  
Avez-vous des enfants ?  Oui  Non Si oui, Quels âges ont-ils ? .....  
Engagement ou expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession aide-soignant  
.....  
.....  
.....

**Publication des résultats sur internet :** J'autorise  Je n'autorise pas  l'institut à publier mon identité sur son site internet dans le cadre de la diffusion des résultats (aucun résultat ne sera donné par téléphone).

Tout oubli vaudra une autorisation.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Fait le .....

A .....

Signature du candidat ou du tuteur légal (candidat mineur):

**Partie 3 : Votre situation en 2021 (au moment de votre inscription)**

Etudiant/lycéen       Inactif, précisez : \_\_\_\_\_       Salarié       Demandeur d'emploi

**Si vous êtes salarié, nom de l'établissement :** .....

Nom et fonction du responsable : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Poste occupé par le futur élève aide-soignant : .....

Type de contrat :  CDD  CDI  Intérim  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Partie 4 : La prise en charge de la formation**

Conseil régional Nouvelle Aquitaine (demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi ou poursuite d'études)

Contrat d'apprentissage

Raison sociale : .....  Public  Privé

Nom et fonction du responsable : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Employeur ou Organisme (type TRANSITIONS PRO), précisez ses coordonnées :

Raison sociale : .....  Public  Privé

Nom et fonction du responsable : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Email : .....

En plus de cette fiche de renseignements et de la fiche médicale\*, je m'engage à envoyer tous les documents mentionnés sur la note explicative pour la constitution du dossier d'inscription aux épreuves de sélection, **en une seule fois**.

J'ai bien noté que Tout dossier incomplet sera refusé et non traité, le cas échéant non convoqué à l'entretien.

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.**

Fait le \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

Signature du candidat ou du tuteur légal (candidat mineur):

**\*Fiche ARS à jour et documents liés sous pli (Sérologie hépatite B et photocopies de toutes les pages du carnet de vaccinations).** Toute personne refusant les vaccinations obligatoires ne sera pas autorisée à suivre la formation menant au DEAS.

**Pensez à signer le recto et le verso du présent imprimé.**

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de données vous concernant (Loi « informatique et libertés du 6 janvier 1978 article 34 »).