

Photo

Date limite de retour du dossier d'inscription : 11/09/2018 (Le cachet de la poste faisant foi)
Tous les champs sont obligatoires

ÉTAT CIVIL

SEXE F M

NOM D'USAGE PRÉNOM NOM DE NAISSANCE

SITUATION FAMILIALE NATIONALITÉ

DATE DE NAISSANCE LIEU DE NAISSANCE PAYS

ADRESSE CODE POSTAL VILLE

TÉLÉPHONE FIXE TÉLÉPHONE PORTABLE ADRESSE MAIL

N° SECURITE SOCIALE
(personnel ou celui de vos parents ou conjoint)

PERSONNE N'A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : Nom : Tél

CANDIDAT DISPENSE DE L'EPREUVE D'ADMISSIBILITE (Cocher la case correspondante) :

- Titulaire d'un titre ou diplôme homologué au minimum au niveau IV ou équivalent
- Titulaire d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau IV
- Titulaire d'un titre ou diplôme étranger permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu

DEMANDE DE TIERS TEMPS oui non

SITUATION ACTUELLE

Avez-vous suivi une préparation au concours : NON
 OUI Nom de l'organisme :

PRISE EN CHARGE FINANCIERE par la Région (après obtention du concours)

- Etudiants et élèves en formation initiale sortis du système scolaire depuis moins d'1 an
Précisez votre dernière formation
- Autre jeune âgé(e) de 16 à 25 ans sorti(e) du système scolaire depuis plus d'1 an et inscrit(e) dans une mission locale (la prise en charge dépend de votre inscription à la mission locale)
- Demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi depuis 6 mois au minimum dont le coût de formation n'est pas pris en charge ou partiellement par Pôle Emploi
Date d'inscription N° d'inscription
- Bénéficiaire d'un contrat aidé (CAE, CIE, Contrat Avenir) y compris les démissionnaires
- Bénéficiaire du RSA

NON PRISE EN CHARGE FINANCIERE par la Région

- Salarié dont le coût de la formation sera pris en charge par l'employeur (formation ou promotion professionnelle)
- Salarié en Congé Individuel de Formation dont le coût de formation sera pris en charge par un organisme (Fongecif, ANFH, Unifaf, etc.)
- Salarié en congé de formation dont le coût de la formation ne sera pas pris en charge
- Salarié en disponibilité
- Démissionnaire dont le coût de la formation n'est pas pris en charge
- Congé parental
- N'a jamais travaillé
- Autres. Merci de préciser :

DOSSIER D'INSCRIPTION aux épreuves de sélection du 02/10/2018
Institut de Formation d'Aides-Soignant(e)s
CURSUS COMPLET

DESISTEMENT

Le montant des droits d'inscription aux épreuves de sélection restera acquis à l'institut en cas de désistement après la date de clôture des inscriptions sauf en cas d'absence à une épreuve justifiée par un certificat médical.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.
J'accepte sans réserve le règlement qui régit les épreuves de sélection.

J'autorise le Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan les Mureaux à faire apparaître mon nom et prénom sur son site internet dans le cadre de la diffusion des résultats aux épreuves de sélection :

Oui Non

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données du fichier qui me concerne, droit que je peux exercer auprès du CAMPUS de formation du Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan les Mureaux.

Nom :

Prénom :

Fait à Le

Signature

Liste des pièces à joindre IMPÉRATIVEMENT à votre dossier

(**Attention** : ne rien inscrire dans la colonne de gauche – réservée à l'administration)

- 1 **1 photo d'identité 35 x 45 mn** (à agraffer en page 1 – inscrire vos nom et prénom au dos)
- 2 **photocopie carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité** (recto-verso)
(**Attention** : l'original vous sera demandé le jour de l'épreuve de sélection)
- 3 **photocopie du titre ou du diplôme justifiant la dispense de l'épreuve d'admissibilité ***
(voir notice)
- 4 **attestation d'équivalence et photocopie du diplôme avec traduction pour les diplômes hors territoire français** (délivrée par le centre ENIC NARIC France – www.ciep.fr/enic-naric-France - **Attention** : lors de l'inscription à l'entrée en institut, l'original vous sera demandé)
- 5 **justificatif d'inscription au pôle emploi ou mission locale**
- 6 **en cas de demande de tiers temps, fournir l'accord délivré par le médecin désigné par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (M.D.P.H.) ou un certificat établi par un médecin de l'éducation nationale**
- 7 **3 enveloppes timbrées à 0,80 € au format 22,8 x 16,2 cm** (ne rien inscrire sur les enveloppes)
- 8 **1 enveloppe timbrée à 1,60 € (format 22,9 x 32,2 cm)** (ne rien inscrire sur l'enveloppe)
- 9 **frais d'inscription aux épreuves de sélection d'un montant de 67 € à l'ordre du Trésor Public** (chèque : inscrire votre nom et votre prénom au dos)
- 10 **curriculum vitae**

* voir notice

Réservé à l'administration de l'IFAS

Date de réception (tampon) :

Personne ayant réceptionné le dossier :

Règlement : oui non

Espèce Chèque Nom de l'émetteur (si différent du candidat)

Réservé à la gestionnaire concours

Le dossier est complet : oui non

Relance pour pièces manquantes :

Le : par

Dossier enregistré par