

Fiche d'inscription 2021

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénoms : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone fixe : _____

Adresse mail obligatoire sous forme nom.prenom@..... : _____

Date de naissance : _____ Code postal et ville de naissance : _____

Adresse d'origine

Adresse (n° voie, nature voie (rue, avenue ...), nom de la voie) : _____

Adresse (suite résidence, bâtiment, escalier, appartement) : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone Portable : _____

Adresse pendant les études :

Adresse (n° voie, nature voie (rue, avenue ...), nom de la voie) : _____

Adresse (suite résidence, bâtiment, escalier, appartement) : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone Portable : _____

Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Nationalité <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre _____	Situation familiale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale	N° sécurité sociale : _____
--	---	---	---------------------------------------

Nombre d'enfants : _____ Age des enfants : _____	Avez-vous un moyen de locomotion : <input type="checkbox"/> OUI, lequel _____ <input type="checkbox"/> NON	Avez-vous le permis de conduire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---	--

Noms des personnes à prévenir en cas d'accident : (merci de préciser le lien de parenté)

Nom : _____ Lien : _____ Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Nom : _____ Lien : _____ Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Mois et année de la 1^{ère} entrée dans la formation suivie actuellement _____	Formation : <input type="checkbox"/> Aide-soignant <input type="checkbox"/> Infirmière	Année de formation <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} année	Redoublant en 2021 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---	--	---

Niveau général d'instruction

Diplôme : _____ Année d'obtention : _____

Diplôme : _____ Année d'obtention : _____

Diplôme : _____ Année d'obtention : _____

<p>Diplôme professionnel du secteur sanitaire ou social déjà obtenu (cocher une seule case)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun diplôme sanitaire ou social</p> <p><input type="checkbox"/> Diplôme d'État Aide médico-psychologique (DEAMP)</p> <p><input type="checkbox"/> Diplôme d'État Auxiliaire de vie sociale (DEAVS)</p> <p><input type="checkbox"/> Diplôme d'État Aide-soignant (DEAS)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre diplôme du secteur social ou médico-social</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulancier</p> <p><input type="checkbox"/> Sage-femme</p> <p><input type="checkbox"/> Masseur - kinésithérapeute</p> <p><input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire médical</p> <p><input type="checkbox"/> Pédicure - podologue</p> <p><input type="checkbox"/> Manipulateur d'électroradiologie médicale</p> <p><input type="checkbox"/> Ergothérapeute</p> <p><input type="checkbox"/> Psychomotricien</p> <p><input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture</p> <p><input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie hospitalière</p> <p><input type="checkbox"/> Autre diplôme sanitaire</p>	<p>Série de baccalauréat (cocher une seule case)</p> <p><input type="checkbox"/> Baccalauréat général (2021)</p> <p><input type="checkbox"/> Série L (A)</p> <p><input type="checkbox"/> Série ES (B)</p> <p><input type="checkbox"/> Série S (C, D, D', E)</p> <p><input type="checkbox"/> Série STI2D et STD2A (STI, F1A, F1E, F2, F3, F4, F9, F10A&B, F12)</p> <p><input type="checkbox"/> Série STL (F5, F6, F7, F7')</p> <p><input type="checkbox"/> Série STMG (STG, STT, G, H)</p> <p><input type="checkbox"/> Série STAV (STPA, STAE)</p> <p><input type="checkbox"/> Série ST2S (SMS, F8)</p> <p><input type="checkbox"/> Série Hôtellerie</p> <p><input type="checkbox"/> Séries TMD (F11, F11')</p> <p><input type="checkbox"/> Baccalauréat professionnel ASSP</p> <p><input type="checkbox"/> Baccalauréat professionnel SAPAT</p> <p><input type="checkbox"/> Baccalauréat professionnel SPVL</p> <p><input type="checkbox"/> Autre baccalauréat professionnel</p> <p><input type="checkbox"/> Equivalence / Titre à l'étranger</p> <p>Année d'obtention du baccalauréat : _____</p>
--	--

<p>Identifiant National Etudiant (INE) ou numéro BEA : Ce numéro est précisé sur votre relevé du baccalauréat (B.E.A.) ou sur votre carte étudiant : 10 chiffres + 1 lettre</p> <p>_____</p>	<p>Niveau d'études (jusqu'au BAC) ou diplôme le plus élevé (à partir du BAC) lors de l'accès à la formation (cocher une seule case)</p> <p><input type="checkbox"/> Primaire, 6^e, 5^e, 4^e, CPA, CPPN ou CLIPA</p> <p><input type="checkbox"/> 3^e ou première année de CAP ou BEP</p> <p><input type="checkbox"/> 2^e, 1^e ou 2^e de CAP ou BEP</p> <p><input type="checkbox"/> Terminale</p> <p><input type="checkbox"/> 1^e ou 2^e année de DEUG, DUT, BTS, école des FSS</p> <p><input type="checkbox"/> Classe de 2^e ou 3^e cycle supérieur</p>
---	---

Activités professionnelles et/ou stages exercés jusqu'à ce jour

Emplois exercés	Dates	Durée	Etablissement		
			Nom	Lieu	Service

<p>Avez-vous une reconnaissance administrative d'un handicap ou perte d'autonomie reconnue par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH ; bénéfice de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)) par exemple ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Demande en cours</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> ne sais pas</p> <p><small>Si OUI, merci de joindre une copie de la notification d'aménagement de scolarité</small></p>	<p>Quel est votre statut actuellement ? (cocher une seule case)</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiant / élève sans autre statut</p> <p><input type="checkbox"/> Apprenti</p> <p><input type="checkbox"/> Salarié du privé ou Congé Individuel de Formation (CIF)</p> <p><input type="checkbox"/> Agent de la Fonction Publique (titulaire, contractuel ou vacataire) ou Congé de Formation Professionnelle (CFP)</p> <p><input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi ayant quitté le système scolaire depuis moins d'un an</p> <p><input type="checkbox"/> Autre demandeur d'emploi</p> <p><input type="checkbox"/> Sportif de haut niveau</p>
--	---

<p>Si votre formation est financée par un ou plusieurs organismes, indiquez lequel ou lesquels (cocher 2 cases au maximum)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de financement extérieur</p> <p><input type="checkbox"/> OPCO (transition pro)</p> <p><input type="checkbox"/> Employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Pôle emploi</p> <p><input type="checkbox"/> Conseil régional</p> <p><input type="checkbox"/> Autre _____</p>	<p>De quelles aides financières bénéficiez-vous pour suivre cette formation ? (cocher 2 cases maximum)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune aide financière</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiants : bourse ou autre aide financière du Conseil Régional</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiants : bourse d'un Conseil Départemental ou d'un autre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage</p> <p><input type="checkbox"/> Salariés du privé: contrat de professionnalisation</p> <p><input type="checkbox"/> Salariés du privé ou agents de la Fonction Publique : contrat aidé</p> <p><input type="checkbox"/> Salariés du privé ou agents de la Fonction Publique : formation continue</p> <p><input type="checkbox"/> Salariés de la Fonction Publique Hospitalière : promotion professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Congé Individuel de Formation ou Congé de Formation Professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Demandeurs d'emploi (qui bénéficient à ce titre d'une indemnité)</p> <p><input type="checkbox"/> Chômage / allocation de retour à l'emploi / allocation formation)</p> <p><input type="checkbox"/> Allocations d'études</p> <p><input type="checkbox"/> Autre prise en charge</p> <p><input type="checkbox"/> Demande de prise en charge en cours</p>
<p>Numéro du département d'habitation 12 mois avant la formation : _____</p> <p>Numéro du département d'habitation à la fin des études secondaires (collège ou lycée) :</p> <p>_____</p>	
<p>Situation principale avant la première entrée dans l'établissement de formation (cocher une Seule case)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre formation sanitaire que celle suivie actuellement</p> <p><input type="checkbox"/> Etudes secondaires (niveau inférieur ou égal au baccalauréat)</p> <p><input type="checkbox"/> Formation préparatoire à l'entrée dans la formation actuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Première année commune aux études de santé en Faculté de Médecine (PACES)</p> <p><input type="checkbox"/> Etudes supérieures (hors classe de préparation à la formation actuelle)</p> <p><input type="checkbox"/> Emploi dans le secteur sanitaire, social ou médico-social</p> <p><input type="checkbox"/> Emploi dans un autre secteur</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi de la même formation dans un autre établissement</p> <p><input type="checkbox"/> Participation à un dispositif de formation professionnelle destiné aux personnes à la recherche d'un emploi ou d'une qualification</p> <p><input type="checkbox"/> Chômage</p> <p><input type="checkbox"/> Inactivité liée à la maladie ou à la maternité</p> <p><input type="checkbox"/> Autres cas d'inactivité (pour élever un enfant, ...)</p>	
<p>Votre situation à l'entrée en formation vous a-t-elle permis de bénéficier d'une :</p> <p>Dispense partielle de formation suite à une VAE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Dispense partielle de formation hors VAE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>(y compris allègement en 1^{ère} année ou entrée directe en 2^{ème} ou 3^{ème} année par exemple)</p>	<p>Situation à l'entrée du cycle</p> <p><input type="checkbox"/> À la recherche d'un emploi</p> <p><input type="checkbox"/> En activité</p> <p><input type="checkbox"/> En poursuite d'étude</p>
<p>Statut à l'entrée du cycle</p> <p><input type="checkbox"/> Apprenant en parcours de formation initiale</p> <p><input type="checkbox"/> Salarié</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en recherche d'emploi inscrite sur la liste Pôle Emploi</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en recherche d'emploi non inscrite sur la liste Pôle Emploi</p> <p><input type="checkbox"/> Situation au regard de la liste Pôle Emploi non connue</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP)</p> <p><input type="checkbox"/> Intermittent du spectacle</p> <p><input type="checkbox"/> Fonctionnaire</p> <p><input type="checkbox"/> Contractuel de droit public</p> <p><input type="checkbox"/> Activité bénévole (engagement citoyen)</p> <p><input type="checkbox"/> Travailleur en ESAT</p> <p><input type="checkbox"/> Travailleur non salarié</p> <p><input type="checkbox"/> Agent consulaire</p>	<p>Situation à l'entrée du cycle de formation demandeur d'emploi inscrit</p> <p>Date d'inscription à Pôle Emploi : _____</p> <p>N° identifiant Pôle Emploi (7 chiffres et 1 lettre) : _____</p> <p>Département où se situe votre agence _____</p> <p>Demandeur d'emploi indemnisé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Dernier employeur ou emploi : _____</p> <p>Date de fin de contrat : _____</p> <p>Motif de fin de contrat : _____</p> <p>Secteur d'activité : _____</p>
<p>Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP) de l'apprenant</p> <p><input type="checkbox"/> Employés</p> <p><input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants</p> <p><input type="checkbox"/> Artisans, commerçants et chefs d'entreprise</p> <p><input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures</p> <p><input type="checkbox"/> Profession intermédiaires</p> <p><input type="checkbox"/> Ouvriers</p>	
<p>Je certifie l'exactitude des renseignements fournis sur ce document et je m'engage à informer l'institut de tout changement de ma situation (adresse, téléphone, mail,)</p> <p>À Thonon-les-Bains, le _____ Signature _____</p>	

