

**FICHE D'INSCRIPTION A LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT(E)
RENTREE DE SEPTEMBRE 2023
CURSUS ALTERNANCE 2023-2024**

NOM _____

PRENOM _____

NOM D'EPOUSE _____

DATE DE NAISSANCE _____ **NATIONALITE** _____

LIEU DE NAISSANCE _____ **SEXE** F M

ADRESSE _____

Code Postal

Commune

TELEPHONE _____ **Portable** _____

Adresse de messagerie :

Je suis en situation de handicap et je souhaite bénéficier d'un accompagnement personnalisé : OUI NON

J'autorise l'I.F.A.S. Doméa à diffuser en ligne les résultats liés :

- **aux épreuves de sélection d'entrée : OUI NON**
- **au jury de certification : OUI NON**

Je soussigné(e) _____ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A _____ Le _____

Signature