

**FICHE D'INSCRIPTION A LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT(E)
RENTREE DE JANVIER 2024
CURSUS PARTIEL**

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