

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