

**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