



**FICHE D'INSCRIPTION A LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT(E)
RENTREE DE AOUT 2025
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