



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