

FICHE D'INSCRIPTION

Formation Aide Soignant

CURSUS PARTIEL 2026



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

* La société DOMEA, enregistrée sous le n° 441 999 034, dont le siège social est situé au 12 rue Jean Jaurès – 92813 Puteaux, est responsable de ce traitement de données qui a pour finalité votre inscription à la sélection d'entrée à la formation d'aide-soignante. L'ensemble des informations demandées nous sont indispensables à cet effet. Vous disposez du droit d'accéder aux données vous concernant, d'en demander la rectification, l'effacement ou la portabilité, de vous opposer au traitement ou de le limiter. Vous bénéficiez également d'un droit à la gestion post-mortem de vos données et d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement. Vous pouvez exercer vos droits auprès de la direction de DOMEA par courriel : eas.domea@emeis.com.