

FICHE D'INSCRIPTION
CONCOURS AIDE SOIGNANT 2018

FORMATION COMPLETE 2019

Candidats de droit commun, candidats relevant des articles 13 bis ou 14,
Baccalauréats Professionnels ASSP et SAPAT choisissant de ne pas bénéficier des dispenses partielles

MODALITES D'INSCRIPTION	
<p>Adresser le dossier accompagné des pièces demandées à :</p> <p>INSTITUT DE FORMATION SAINT ANTOINE 38 rue Pierre Duhem 33000 BORDEAUX</p> <p><i>Tout dossier INCOMPLET ne sera pas traité.</i></p>	<p>Avant le 20 juillet 2018</p>

ETAT CIVIL	M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>	Pièces à fournir	
Nom :	Nom de jeune fille :		<input type="checkbox"/> Photocopie carte d'identité (+ livret de famille si nom d'épouse absent) <input type="checkbox"/> CV dactylographié <input type="checkbox"/> chèque 95 € <i>Libellé à l'ordre de Institut de Formation Saint Antoine Non remboursable.</i>	
Prénom :				
Date et lieu de naissance :	le ___ / ___ / _____	à : Dépt : ()		
Sexe :	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>		Âge : _____
Nationalité :				
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (veuve)			
Nombre d'enfants :	___	Âge : ___ans / ___ans / ___ans / ___ans		
Adresse complète :				
Téléphone fixe : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ mobile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___				
Adresse mail : _____ @ _____				

DOSSIER MEDICAL
<input type="checkbox"/> FICHE MEDICALE DE VACCINATIONS (complétée par le médecin traitant) <input type="checkbox"/> CERTIFICAT MEDICAL (établi par un médecin agréé)

DIPLÔMES OBTENUS	Pièces à fournir
<input type="radio"/> Titre ou diplôme minimum de niveau IV (BACCALAUREAT) ou enregistré à ce niveau au R.N.C.P. (Répertoire National de Certification Professionnelle). Intitulé : _____ année d'obtention : _____	<input type="checkbox"/> copie
<input type="radio"/> Titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social minimum de niveau V (BEP/CAP) Intitulé : _____ année d'obtention : _____	<input type="checkbox"/> copie
<input type="radio"/> Titre ou diplôme étranger vous permettant d'accéder directement à des études universitaire dans le pays où il a été obtenu Intitulé : _____ année d'obtention : _____	<input type="checkbox"/> copie
<input type="radio"/> Attestation de première année d'études en Soins Infirmiers	<input type="checkbox"/> copie

SITUATION EN 2018	Pièce à fournir
<input type="checkbox"/> Etudiant / lycéen <input type="checkbox"/> Inactif	
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi → N° identifiant Pôle emploi	<input type="checkbox"/> copie attestation pôle emploi
<input type="checkbox"/> Salarié Nom de l'établissement employeur : Adresse : Téléphone : Poste occupé : Type de contrat : <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> Professionnalisation	<input type="checkbox"/> copie du contrat de travail
<input type="checkbox"/> Je justifie actuellement d'un <u>contrat de travail me liant à un établissement de santé/une structure de soins</u> au moins jusqu'au 27 août 2018, date de début des épreuves (article 13 bis de l'arrêté du 22 octobre 2005) ET je choisis de m'inscrire <input type="checkbox"/> sur la liste spécifique comportant 3 places prioritaires destinées aux personnes relevant de l'article 13 bis. <input type="checkbox"/> sur la liste principale de droit commun	<input type="checkbox"/> copie du contrat de travail

PUBLICATION DES RESULTATS sur internet
En cas d'admission, <input type="checkbox"/> j'autorise <input type="checkbox"/> je n'autorise pas l'Institut à publier mon identité sur son site internet dans le cadre de la diffusion des résultats.

Je soussigné(e) _____ **atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.**

Date :

Signature :