

FICHE D'INSCRIPTION  
CONCOURS AIDE SOIGNANT 2019

## FORMATION COMPLETE 2020

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><b><i>Tout dossier INCOMPLET ne sera pas traité.</i></b></p>	<p><b>Avant le 26 juillet 2019</b></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 80 € <i>Libellé à l'ordre de « Institut de Formation Saint Antoine »</i> <b><i>Non remboursable.</i></b>	
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 ( <b>BACCALAUREAT</b> ) ou enregistré à ce niveau au <b>R.N.C.P.</b> (Répertoire National de Certification Professionnelle). Intitulé : _____ année d'obtention : _____	<input type="checkbox"/> copie
<input type="radio"/> Titre ou diplôme du <b>secteur sanitaire ou social</b> minimum de <b>niveau V (BEP/CAP)</b> Intitulé : _____ année d'obtention : _____	<input type="checkbox"/> copie
<input type="radio"/> Titre ou diplôme étranger vous <b>permettant d'accéder directement à des études universitaire dans le pays où il a été obtenu</b> Intitulé : _____ année d'obtention : _____	<input type="checkbox"/> copie
<input type="radio"/> Attestation de <b>première année d'études en Soins Infirmiers</b>	<input type="checkbox"/> copie

SITUATION EN 2019	Pièce à fournir
<input type="checkbox"/> Etudiant / lycéen <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 23 août 2019, date de début des épreuves (article 13 bis de l'arrêté du 22 octobre 2005) <b>ET je choisis de m'inscrire</b> <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
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	

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 :**