

FORMATION COMPLETE 2018

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 15 juillet 2017.</p>

ETAT CIVIL	Pièces à fournir
<p>M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : _____ Nom de jeune fille : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Date et lieu de naissance : le ___/___/_____ à : _____ Dépt : ()</p> <p>Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Âge : _____</p> <p>Nationalité : _____</p> <p>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)</p> <p>Nombre d'enfants : ___ Âge : ___ans / ___ans / ___ans / ___ans</p>	<p><input type="checkbox"/> Photocopie carte d'identité (+ livret de famille si nom d'épouse absent)</p> <p><input type="checkbox"/> CV dactylographié</p> <p><input type="checkbox"/> chèque 110 €* <i>Libellé à l'ordre de Institut de Formation Saint Antoine</i></p>
<p>Adresse complète : _____</p>	
<p>Téléphone fixe : ___/___/___/___/___ mobile : ___/___/___/___/___</p> <p>Adresse mail : _____@_____</p>	

DOSSIER MEDICAL	Pièce à fournir
<p>1- Vaccinations</p> <p>2- Radio pulmonaire</p>	<p><input type="checkbox"/> Fiche médicale complétée par votre médecin</p>

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 2017	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 28 août 2017, 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 :