

FICHE DE CONFIRMATION ET RENSEIGNEMENTS

à retourner avant le 16 juillet 2025

Je soussigné (e) Nom – Prénom

- ☐ Confirme
mon inscription pour l'entrée en formation aide-soignante pour la **rentrée de septembre 2025**.
- ☐ Renonce à

Ma situation avant l'entrée en formation (cochez la case correspondante) :

☐ **Sortant(e) scolaire** en poursuite d'études - dernière année de scolarisation :

☐ **Salarié(e)** - employeur :

Type de contrat : ☐ CDI ☐ CDD date de fin ... / ... /

☐ **Inscrit(e) à France Travail** n° identifiant :

Demandeur d'emploi : ☐ indemnisé ☐ non indemnisé

☐ **NON inscrit(e) à France Travail** motif :

☐ Autres

Frais de formation pris en charge par (cochez la case correspondant à votre situation)

- | | |
|---|--|
| ☐ Région Grand-Est | ☐ A titre personnel |
| ☐ OPCO | ☐ Employeur |
| ☐ Pôle Emploi | ☐ Autres |

Parcours Scolaire : Diplôme obtenu et date d'obtention

- | | | | |
|---|---------------|---------------------------------|---------------|
| ☐ BAC ASSP/SAPAT | Année : | ☐ DE AES | Année : |
| ☐ ADVF | Année : | ☐ DEA | Année : |
| ☐ ASMS | Année : | | |
| ☐ ARM | Année : | | |
| ☐ DE AP | Année : | | |

Rappel : Les titulaires d'un de ces diplômes effectueront la formation en **Cursus Partiel**

☐ Diplôme (autre que ceux cités ci-dessus) et Année :
(Pour **les bacheliers de juillet 2025**, veuillez-nous fournir le relevé de notes téléchargé sur Cyclades)

Titulaire du permis de conduire : ☐ OUI ☐ NON

En possession **d'un véhicule** de déplacement ☐ OUI ☐ NON

Je certifie exact les renseignements fournis

Fait à le ... / ... /

Signature :