**FICHE DE CONFIRMATION ET RENSEIGNEMENTS**

**à retourner avant le 15 juillet 2026**

Je soussigné (e) Nom – Prénom .....

❑ Confirme
mon inscription pour l'entrée en formation aide-soignante pour la **rentrée du 24 août 2026**.

❑ 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 PE : .....

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
❑ OPCO
❑ Pôle Emploi
❑ A titre personnel
❑ Employeur
❑ 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 2026**, 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 :

**Institut de Formation « René Miquel »**
Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et Institut de Formation d'Aide-Soignant (IFAS)
1 rue Pierre Hallali – BP 40031 – 08001 Charleville-Mézières Cedex
✆ : 03.24.55.66.90 ✉ : ifsi.secretariat@ch-nord-ardennes.fr http://www.ifsi08.fr T3N4.4.5.5