FICHE DE CONFIRMATION ET RENSEIGNEMENTS
des Candidats admis sur liste complémentaire

à retourner avant le 16 juillet 2024

Je soussigné (e) Nom – Prénom .....
N° de tél :.....

❑ Confirme mon inscription pour l'entrée en formation aide-soignante pour la **rentrée de septembre 2024 uniquement en cas de désistement de candidat de la liste principale.**

❑ Renonce à mon inscription pour l'entrée en formation aide-soignante pour la **rentrée de septembre 2024**.

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 Pôle Emploi** n° identifiant PE : .....

Demandeur d'emploi : ❑ indemnisé ❑ non indemnisé

☐ **NON inscrit(e) à Pôle Emploi** 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 2024**, 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 ✉ : secretariat.ifs08@gmail.com http://www.ifsi08.fr T3N4.4.5.5