



INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANTE
CENTRE HOSPITALIER DU HAUT-BUGEY – OYONNAX



FICHE D'INSCRIPTION – Situation 4

concerne les candidats titulaires soit :

du diplôme d'état d'auxiliaire de puériculture,
du diplôme d'ambulancier ou du certificat de capacité d'ambulancier,
du diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale,
de la mention complémentaire d'aide à domicile,
du diplôme d'état d'aide médico-psychologique,
du diplôme d'accompagnement éducatif et social
du titre professionnel d'assistant de vie aux familles.

N° de dossier :

Cadre réservé à l'administration

NOM DE NAISSANCE

NOM D'EPOUSE.....

PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE/...../.....

NATIONALITE.....

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

TELEPHONE FIXE...../...../...../...../.....

TELEPHONE PORTABLE...../...../...../...../.....

MAIL.....

INSCRIPTION (cocher la case correspondante)

☐ Titre ou diplôme

Date d'obtention

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et la conformité de tous les documents joints à ce dossier (les originaux vous seront demandés si vous entrez en formation). Je m'engage également à ne pas modifier mon choix d'inscription.

Date et signature du candidat ou signature du représentant légal si le candidat est mineur.

