

Promotion : août. 2024-2025

Traité par : _____

M. – Mme – Mlle (Fiche à remplir en caractère d'imprimerie)

NOM (de jeune fille) _____

PRÉNOM _____

NOM D'ÉPOUSE _____

DATE **et** LIEU DE NAISSANCE ____/____/____ à _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL/VILLE | | | | | | _____

Nationalité : _____

Nombre d'enfant(s) : | |

☎ fixe | | | | | | | | | | ☐ sur liste rouge ☎ portable | | | | | | | | | |

Courriel _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (de l'étudiant ou son conjoint ; pas celui des parents) _____

NOM DE VOTRE MUTUELLE : _____ Titulaire du contrat _____

ADRESSE DE LA MUTUELLE : _____ Date de validité ____/____/____

**SITUATION ADMINISTRATIVE : FOURNIR UN JUSTIFICATIF
et cocher la case correspondante à votre situation actuelle**

Issue du cursus scolaire
(Lycée ou université)
(Fournir un certificat de scolarité)

Formation professionnelle
(Fournir un justificatif)

Date de la dernière
année d'étude _____

Recherche d'emploi
(Fournir un justificatif)

Avez-vous eu une **bourse** en 2023/2024 ? Oui Non (si oui, fournir un justificatif)

Comptez-vous faire une **demande de bourse** pour l'année 2024/2025 ? Oui Non

(Coller ici votre
photo)

**CADRE RESERVE A
L'ADMINISTRATION**

Formation réalisée en

Cursus intégral
Cursus partiel

Types de Financement

FORMATION INITIALE
PP CHG
EMPLOYEUR
OPCA : _____
POLE EMPLOI
MISSION LOCALE
INDIVIDUEL
RSA
CPF

Saisie dans logisfi :

Date saisie logisfi : _____

Documents à fournir :

Lettre de Motivation
Curriculum Vitae
Document relatant une
situation prof. ou pers.
Diplômes ou titres
Copie des bulletins
scolaires
Attestation(s) de travail
Attestation Niveau langue
française B2

2 Enveloppes timbrées:

2 enveloppes timbrées

État civil :

COPIE C.I +
CEE JUSTI. DOM

DATE DE VALIDITE

COPIE PASSEPORT

DATE DE VALIDITE

COPIE TITRE DE SEJOUR EN
COURS DE VALIDITE

DATE DE VALIDITE

Bourse

▪ BOURSE 2023/2024
Oui Non

▪ DDE BOURSE 2024/2025
Oui Non

TITRE D'INSCRIPTION Cocher la case et Joindre une PHOTOCOPIE et un CV

FORMATION EN CURSUS INTEGRAL (SOIT 1 540 HEURES)

- Aucun Diplôme
- Diplôme Brevet d'Etudes Professionnelles (BEP) Français (Préciser) : _____ Année _____
- Diplôme Certificat d'Aptitudes Professionnelles (CAP) Français (Préciser) : _____ Année _____
- Diplôme BACcalauréat Etranger (+ document Enic-Naric) Série _____ Année _____
- Autre Diplôme (Préciser) : _____ Année _____

BACCALAUREAT OBTENU AVANT 2024

- Diplôme BACcalauréat Général Français (Préciser) : _____ Année _____
- Diplôme BACcalauréat Professionnel Français (Préciser) : _____ Année _____
- Diplôme BACcalauréat Technologique Français (Préciser) : _____ Année _____

BACCALAUREAT OBTENU A PARTIR DE 2024

- Diplôme BACcalauréat Général Français : Année d'obtention : _____
Enseignements de spécialité (Préciser) : _____
- Diplôme BACcalauréat Technologique Français (Préciser) : _____ Année _____
Enseignements de spécialité (Préciser) : _____

FORMATION EN CURSUS PARTIEL

- Diplôme d'Etat Auxiliaire de Puériculture (Réf.2006 et avant) (574 heures de formation) : Année _____
- Diplôme d'Etat Auxiliaire de Puériculture (Réf.2021) (469 heures de formation) : Année _____
- Diplôme BACcalauréat Professionnel Français :
 Accompagnement, Soins et Services à la Personne (ASSP) (721 heures de formation) : Année _____
 Services aux Personnes et aux Territoires (SAPAT) (1001 heures de formation) : Année _____
- Titre professionnel d'Assistant de Vie aux Familles : (1162 heures de formation) : Année _____
- Titre professionnel d'Agent de Service Médico-Social : (1197 heures de formation) : Année _____
- Diplôme d'Etat Auxiliaire de Vie Sociale / Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique / Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (Réf.2016) (973 heures de formation) : Année _____
- Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (Réf.2021) (875 heures de formation) : Année _____
- Diplôme d'Etat d'Ambulancier (Réf.2006) (1169 heures de formation) : Année _____
- Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale (Réf.2019) (1148 heures de formation) : Année _____

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Titre inscription :

COPIE JUSTIFIEE PAR L'ORIGINAL
Oui Non

FORMATION EN CURSUS INTEGRAL (SOIT 1 540 HEURES)

- AUCUN DIPLOME
- BEP
- CAP
- BACCALAUREAT ETRANGER + DOCUMENT ENIC NARIC
- AUTRE DIPLOME

DIPLOME OBTENU AVANT 2024

- BAC GENERAL
- BAC TECHNOLOGIQUE
- BAC PROFESSIONNEL

DIPLOME OBTENU A PARTIR DE 2024

BAC GENERAL

- Arts
- Mathématiques
- Physique Chimie
- Biologie, Ecologie
- Sciences de l'ingénieur
- Sciences de la vie et de la terre
- Sciences économiques et sociales
- Humanités, littérature et philosophie
- Numérique et sciences informatiques
- Littérature, langues et cultures de l'antiquité
- Langues, littératures et cultures étrangères
- Histoire géographie, géopolitique et sciences politiques

BAC TECHNOLOGIQUE

- STMG
- ST2S
- STI2D
- STL
- STHR
- TMD
- STD2A
- STAV

FORMATION EN CURSUS PARTIEL

- DEAP (REF 2006 ET AVANT)
- DEAP (REF 2021)
- BAC PROFESSIONNEL ASSP
- BAC PROFESSIONNEL SAPAT
- TP AVF
- TP ASMS
- DEAVS / DEAMP/ DEAES (REF 2016)
- DEAES (REF 2021)
- DEA (REF 2006)
- ARM (REF 2019)

FINANCEMENT DE LA FORMATION DANS LE CADRE DE LA FORMATION CONTINUE

(à compléter SI vous avez coché la case 2 ou 3)

2 FORMATION PROFESSIONNELLE

3 RECHERCHE D'EMPLOI

**CADRE RESERVE A
L'ADMINISTRATION**

**Coût de formation
4 800 € /année**

Avez-vous sollicité une prise en charge financière pour la formation ? OUI NON
Si **OUI**, laquelle :

Financement par votre EMPLOYEUR : préciser ses nom et adresse complète.
Une convention est à signer avec lui.
Si vous êtes un agent du CH Gonesse : veuillez indiquer votre service et votre date d'entrée dans l'établissement.

Financement par un ORGANISME. Préciser :
ex : formaph, promofaf, unification, agefos pme,
CIF, CFP : congés individuel de formation, congés de formation professionnelle : Transition Pro, anfh...

Financement par le COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF), pour tout renseignement, vous pouvez consulter : <https://www.moncompteformation.gouv.fr/espace-privé/html/#/> :

Financement par le France.TRAVAIL : date d'inscription, joindre un relevé de situation – (je dépose une demande d'inscription à un stage de formation) (AISF)

- Etes-vous inscrit(e) au Pôle Emploi depuis 6 mois ? Oui Non
- Indiquez votre date d'inscription au Pôle Emploi : ____/____/____
- Avez-vous connaissance de la date de fin de vos droits ? ____/____/____

Financement en relais par le Conseil Régional d'Ile-de-France SI je remplis les conditions suivantes :

- **Etre demandeur d'emploi**
 - Inscrit au pôle emploi depuis 6 mois au minimum, justifiant d'une activité professionnelle supérieure ou égale à 12 mois (équivalent temps plein) non démissionnaire (sauf les CES, CEC, ET EMPLOI-JEUNE)
 - N'ayant pas la possibilité de bénéficier d'un CIF – CDD, d'une allocation de retour à l'emploi formation (AREF)
 - Et jeune de 16 à 25 ans sorti du système scolaire depuis plus de deux ans, suivi par la Mission locale ou la P.A.I.O. muni d'une fiche de liaison
 - Femme sans emploi isolé ayant interrompu leurs activités professionnelles pour élever un enfant au sens de la loi du 1^{er} juillet 1980
 - RSA (fournir un justificatif)

Modalités de règlement : Le règlement de la formation peut être échelonné en 3 fois

Le dossier de demande de rémunération pourra vous être remis par l'I. F. A. S. **après votre affectation et après étude de votre situation personnelle**

Conseil Général ou autre (RMI, ASS)

Candidat libre (joindre votre courrier d'acceptation pour régler le coût de la formation pour 11 mois de formation)

FORMATION CONTINUE

FORMATION INITIALE

CANDIDAT LIBRE

Financement

▪ **FINANCEMENT PP**
PRISE EN CHARGE DE L'EMPLOYEUR

▪ **FINANCEMENT ORGANISMES**
DOSSIER DE PRISE EN CHARGE
NOM DE L'ORGANISME :

▪ **FINANCEMENT CPF**

▪ **FINANCEMENT FRANCE.TRAVAIL**
> RELEVÉ DE SITUATION
Oui Non

> INDEMNISE PAR LE POLE EMPLOI
Oui Non

▪ **FINANCEMENT CONSEIL REGIONAL**
MISSION LOCALE
> FICHE DE LIAISON
Oui Non

RSA
> ATTESTATION DE PAIEMENT CAF
Oui Non

▪ **FINANCEMENT INDIVIDUEL**
> COURRIER REMIS
Oui Non

**CADRE RESERVE A
L'ADMINISTRATION**

TIERS TEMPS

BENEFICIEZ-VOUS D'UN TIERS TEMPS PENDANT VOTRE SCOLARITE ? OUI NON
SI OUI, MERCI DE NOUS APPORTER LE JUSTIFICATIF RQTH.

TIERS TEMPS

OUI
NON

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Toute immunisation non acquise à l'entrée en formation peut être un motif de **NON INTÉGRATION** en formation.

Concernant les **VACCINS OBLIGATOIRES**, ils doivent être à jour au moment de la rentrée.
Les stagiaires à l'entrée en formation doivent être à jour des vaccinations obligatoires en milieu hospitalier (Hépatite B, Diphtérie, Tétanos et Polio). Les sérologies seront vérifiées.

Dans le cas contraire, vous ne pourrez pas intégrer la formation.

LES VACCINS SONT LES SUIVANTS :

D.T.P	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	EN COURS <input type="checkbox"/>
• HEPATITE B	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	EN COURS <input type="checkbox"/>
• COVID-19 (RECOMMANDE)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	EN COURS <input type="checkbox"/>

Le suivi médical obligatoire est effectué ANNUELLEMENT.

VACCINATIONS

Vaccinations obligatoires
à jour

OUI
NON
EN COURS

PUBLICATION DES RESULTATS SUR INTERNET

JE SOUSSIGNE(E) :

NOM :

PRENOM :

AUTORISE ¹

N'AUTORISE PAS ¹

**Publication
internet**

OUI
NON

L'institut de formation en soins infirmiers et d'aide-soignant, à publier mes noms et prénoms sur internet dans le cadre de la diffusion des résultats de l'épreuve de sélection 2024.

¹ (1) cocher la case qui vous convient

« Les informations recueillies sont nécessaires à la gestion des concours et au suivi des élèves. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers Albert Schweitzer du Centre Hospitalier de Gonesse, à la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale d'Ile de France et du Val d'Oise, au Conseil Régional d'Ile de France et à la Caisse d'Assurance Maladie d'Ile de France. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit d'accès et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au service accueil ».

JE SOUSSIGNE(E) NOM-PRENOM _____ ATTESTE SUR L'HONNEUR :

- L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS SUR CE DOCUMENT,
- AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS VACCINALES PROPRES A UNE EXPOSITION PROFESSIONNELLE.

A, _____, LE _____ SIGNATURE