

FICHE D'INSCRIPTION

Formation Aide-Soignante - Admission au titre des dispenses de scolarité

NOM

NOM D'USAGE

PRENOM

DATE DE
NAISSANCE Portable
Mail

ADRESSE
POSTALE
Numéro - rue

Code postal Commune

DROITS d'INSCRIPTION au CONCOURS

86 €

CH. Bancaire

CH. Postal

TITRE D'INSCRIPTION : (cocher la case correspondante)

- Dip d'Etat d'aide médico-psychologique
- Dip d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou mention complémentaire
- Titre Professionnel d'assistant (e) de vie aux familles

PRISE EN CHARGE

SIGNATURE

Je, soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document