



FORMATION AUXILIAIRE DE PUERICULTURE 2020

FICHE DE RENSEIGNEMENTS A remplir en caractères d'imprimerie

NOM NOM MARITALE
PRENOMS.....
DATE DE NAISSANCE..... LIEU DE NAISSANCE
NATIONALITE

Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone : Fixe..... Portable.....
MAIL nom.prenom@fournisseur (modèle obligatoire).....
Numéro de sécurité sociale :
Adresse de la sécurité sociale :
(Fournir une copie de l'attestation vitale à jour)

(Rayer les mentions inutiles)

Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e) En concubinage
NOMBRE ENFANTS A CHARGE AGE DES ENFANTS

Situation professionnelle actuelle :

- ☐ Salarié(e) ☐ CDI ☐ CDD
☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Nom et adresse de l'employeur :
.....
Adresse mail de l'employeur :

Etudes et Formations

Diplôme(s) Obtenu(s) cocher la case correspondante

☐ Diplôme français de niveau V du secteur sanitaire et social

Précisez lequel.....

☐ Diplôme français de niveau IV ou enregistré à ce niveau au répertoire national des certifications professionnelles, délivré dans le système de formation initiale ou continue français.

Précisez lequel.....

☐ Etudiants ayant suivi dans le système français une 1^{ère} année d'études conduisant du DE infirmiers et non admis en 2^{ème} année

☐ Diplôme étranger permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu.

Précisez lequel.....

Activités Professionnelles

	Année	Employeur	Activité exercée
En secteur hospitalier, social ou médico-social			
Autres secteurs			
Autre			

Pour les demandeurs d'emploi

Inscrit à pôle emploi ☐ OUI ☐ NON

Date d'inscription à pôle emploi

Numéro d'identifiant pôle emploi.....

Inscrit à une Mission Locale ☐ OUI ☐ NON

(Fournir la fiche de liaison ou attestation d'inscription)

Fait à..... Le.....

SIGNATURE DU CANDIDAT