

<p>at</p> <p>LIBELLER LIBREMENT EN LETTRES CAPITALES</p>		<p>A remplir par l'IFII N° Dossier /</p>
<p>NOM.....</p> <p>NOM MARITAL.....</p> <p>Prénom.....</p> <p>Nationalité (en toutes lettres)</p> <p>Date de naissance Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/></p> <p>ADRESSE :.....</p> <p>VILLE.....</p> <p>CODE POSTAL Tél :</p> <p>N° SECURITE SOCIALE</p> <p>Joindre la photocopie de l'attestation</p>		<p>Pièces déposées</p> <p><input type="checkbox"/> Photo d'identité</p> <p><input type="checkbox"/> Photocopie carte d'identité</p> <p><input type="checkbox"/> Prise en charge individuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Prise en charge employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Autres</p> <p><input type="checkbox"/> Photocopie Attestation sécurité sociale</p>
<p>BAC <input type="checkbox"/> Série</p> <p>Terminale <input type="checkbox"/> Série</p> <p>Classe préparatoire au DAEU <input type="checkbox"/></p> <p>Titre admis en dispense <input type="checkbox"/> dont diplôme homologué niveau IV</p> <p>Validation des acquis <input type="checkbox"/></p> <p>Examen de niveau <input type="checkbox"/> Année</p>		<p><input type="checkbox"/> Copie Diplôme BAC **</p> <p><input type="checkbox"/> Certificat de scolarité</p> <p><input type="checkbox"/> DAEU</p> <p><input type="checkbox"/> Validation des acquis</p> <p><input type="checkbox"/> Attest. Ex. niveau</p> <p><input type="checkbox"/> Diplômes homologués niveau IV</p>
<p>AS <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> A.M.P <input type="checkbox"/></p> <p>Un ou plusieurs Certificat (s) des employeurs attestant de la durée de l'exercice professionnel en qualité d'aide soignant ou auxiliaire de puériculture ou d'aide médico-psychologique travail supérieur ou égal à 3 ans <input type="checkbox"/></p>		<p><input type="checkbox"/> Photocopie du diplôme **</p> <p><input type="checkbox"/> Attestations employeurs</p>
<p>Etes-vous agent d'un Centre Hospitalier ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Centre Hospitalier de : Service :</p>		
<p>VOTRE SUIVI PAR LES PRESCRIPTEURS</p> <p>Pôle Emploi : Date et lieu d'inscription à l'ANPE en joignant la copie carte ANPE avec N° identifiant :</p> <p>Etes-vous indemnisé(e) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Mission locale : lieu et personne référente</p>		<p>Pôle Emploi <input type="checkbox"/></p> <p>Mission locale <input type="checkbox"/></p>
<p>Fait à Le</p> <p>Signature</p>		<p>Lettre de motivation * <input type="checkbox"/></p> <p>Curriculum-vitae <input type="checkbox"/></p> <p>Dossier déposé le</p> <p>* Dans la lettre de motivation, le candidat doit faire apparaître le parcours et le projet professionnel</p>

Le prix de la formation est de **1 181,00 €**. La somme due est à verser à l'inscription (chèque bancaire ou postal libellé à l'ordre du Trésor Public). Elle ne sera pas remboursée quelque soit le résultat du candidat aux épreuves de sélection.

**** TOUTE PHOTOCOPIE DOIT ETRE PRESENTEE AVEC L'ORIGINAL**