



**INSTITUT DE FORMATION DES AIDES-SOIGNANTS**

BP 80195

13637 ARLES Cedex - Tel : 04.90.49.29.17 – Fax : 04.90.49.43.56

Courriel : [ifsi@ch-arles.fr](mailto:ifsi@ch-arles.fr) – [www.ch-arles.fr](http://www.ch-arles.fr)

Référence : COM-CC-AS-03



**FICHE D'INSCRIPTION AU CONCOURS AIDE-SOIGNANTE**

\* (Nom de jeune fille) en lettres d'imprimerie

NOM \* : ..... Epouse : .....

Prénoms : ..... Nationalité : .....

Etat civil : célibataire - marié (e) - séparé (e) - concubinage - veuf (ve)

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à .....

N° d'immatriculation sécurité sociale : . / .. / .. / .. / ... / ... / ..

Adresse :  
.....  
.....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Email : .....

**CONJOINT(E)**

NOM \* : ..... Prénoms : .....

PROFESSION : .....

Tél. portable : .....

**ENFANTS (à charge)**

NOMS \* : ..... Prénoms.....né(e) le.....

NOMS \* : ..... Prénoms.....né(e) le.....

NOMS \* : ..... Prénoms.....né (e) le.....

PERE OU TUTEUR

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE DOMICILE :

.....  
.....

Tél. Portable : ..... Tél. du lieu de travail : .....

EMAIL : .....

MERE OU TUTRICE

NOM : ..... PRENOM : .....

EPOUSE : .....

ADRESSE DOMICILE :

.....  
.....

Tél. Portable : ..... Tél. du lieu de travail : .....

EMAIL : .....

**Situation actuelle :**

- Demandeur d'emploi Pôle Emploi   
Mission Locale   
Cap Emploi   
Continuité de parcours scolaire   
ASHQ (1 an temps plein minimum)   
Agent de service (1 an temps plein minimum)   
Autre : .....

**Diplômes ou attestations :**

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| BAC ASSP <input type="checkbox"/>  | DEAP <input type="checkbox"/>  |
| BAC SAPAT <input type="checkbox"/> | DEAVF <input type="checkbox"/>   |
| Autre BAC <input type="checkbox"/> | DEAVS <input type="checkbox"/>   |
| DA ou CAA <input type="checkbox"/> | MC aide à domicile <input type="checkbox"/>  |
| TP AVF <input type="checkbox"/>    | DEAES <input type="checkbox"/>   |
| AMP <input type="checkbox"/>       | ASH formation 70h + 6 mois de service minimum à temps plein <input type="checkbox"/> |
| Autre .....                        |  |

**Situation professionnelle** (Profession ) : .....

Employé(e) au CH d'Arles :  En CDD  En CDI

Employé(e) dans un autre établissement de santé :  En CDD  En CDI

Lequel ..... Adresse de l'établissement .....

Inscription au Pôle-Emploi  Si oui : N° d'identifiant : .....

Département inscription Pôle Emploi : .....

Je perçois l'ARE ou la RFF de Pôle-Emploi

Je perçois le RSA

Inscription à la Mission Locale

cocher la bonne réponse