



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 – www.ch-arles.fr

Référence : COM-CC-AS-03

Photo

FICHE D'INSCRIPTION AU CONCOURS AIDE-SOIGNANT

* (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 Département

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

Adresse :

..... Ville et CP

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 ☐	DEAP ☐
BAC SAPAT ☐	DEAVF ☐
Autre BAC ☐	DEAVS ☐
DA ou CAA ☐	MC aide à domicile ☐
TP AVF ☐	DEAES ☐
AMP ☐	*ASH formation 70h + 6 mois de service minimum ☐
Autre	

Les candidats relevant de la FPC* doivent impérativement joindre l'attestation de prise en charge de la formation par l'employeur, l'ANFH ou un OPCO, dès l'affichage définitif des résultats.

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 ☐

LequelAdresse 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