IFSO
Institut Formation Santé de l'Ouest

RÉGION FORMATION accélérateur d'emploi
Région PAYS DE LA LOIRE

INSTITUT DE FORMATION AIDE SOIGNANT
AGREE ET FINANCE PAR LE CONSEIL REGIONAL

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM de naissance : .....NOM d'épouse : .....

PRENOM : ..... Age : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Adresse durant la formation « si différente » : .....

.....

Adresse e-mail : .....

Tél. fixe : / / / / / / / / / / Portable : / / / / / / / / / /

N° de Sécurité Social : /_ / / _ _ / / _ _ / / _ _ / / _ _ _ / / _ _ _ / / _ _ /

Situation de famille : Marié(e) – Célibataire – Séparé(e) – Divorcé(e) – Vie maritale – Veuf(ve)

Nombre d'enfants (facultatif) :..... Age des enfants : .....

Permis de conduire : oui ☐ non ☐ Véhicule : oui ☐ non ☐

Accès à l'outil numérique : Connexion ☐ Ordinateur ☐ Imprimante ☐

Expérience en milieu sanitaire et social : oui ☐ non ☐

JOINDRE UN CURRICULUM VITAE DATÉ DE MOINS DE 3 MOIS IMPERATIVEMENT

Informations que vous souhaitez communiquer :

.....

.....

.....

Fait à : .....Le .....

Signature :