

ENTREE EN FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

Avant de compléter cette fiche d'inscription, nous vous invitons à lire attentivement la notice d'informations jointe.

Nous vous remercions de renseigner cette fiche en lettres MAJUSCULES et de manière lisible.

NOM PATRONYMIQUE..... NOM MARITAL.....

PRENOM.....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : le...../...../..... à

NATIONALITE.....

SEXE : Masculin Féminin

N°..... RUE.....

CODE POSTAL..... VILLE.....

TEL FIXE..... TEL PORTABLE.....

ADRESSE MAIL.....@.....

INSTITUT DANS LEQUEL VOUS SOUHAITEZ EFFECTUER VOTRE FORMATION :

Cocher une seule case, correspondante à l'institut de votre choix

Institut de Formation Aide-Soignant du GHRMSA - MULHOUSE	<input type="checkbox"/>
Institut de Formation Aide-Soignant du CH-ROUFFACH	<input type="checkbox"/>

VOTRE SITUATION AU MOMENT DE L'INSCRIPTION A LA SELECTION :

Lycéen	<input type="checkbox"/>	Demandeur d'emploi indemnisé	<input type="checkbox"/>
Etudiant (études supérieures)	<input type="checkbox"/>	Demandeur d'emploi non indemnisé	<input type="checkbox"/>
En préparation épreuves sélection	<input type="checkbox"/>	Aucune activité	<input type="checkbox"/>
Salarié	<input type="checkbox"/>	Autre à préciser.....	<input type="checkbox"/>

Je n'autorise pas l'affichage de mon nom/prénom pour la publication des résultats sur le site internet

INFORMATIONS CNIL : les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement informatique (logiciel de gestion BLConcours). Conformément à l'article 27 de la loi n°78 du 6 janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès à ces données.

Je certifie avoir pris connaissance des informations contenues dans la notice.

Je soussigné(e)atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A..... le.....

Signature :