FICHE D'INSCRIPTION POUR LES EPREUVES DE SELECTION AUX I.F.A.S.

Accès à la formation conduisant au
Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant avec dispenses de formation
Arrêté du 21 mai 2014 relatif à la formation conduisant au DEAS

INSCRIPTION 2019

RESERVE A L'ADMINISTRATION

IFAS AIX

Informations CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement automatisé. Conformément à l'article 27 de la loi n° 78 du 06 Janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès au fichier informatique établi par le C.R.I.H. pour les informations le concernant.

Les résultats peuvent être diffusés sur les sites des instituts.
La réglementation vous autorise à vous opposer à ce que votre nom apparaisse.
Si vous n'autorisez pas la publication de votre nom dans le cadre de la diffusion des résultats, seul votre numéro de candidat mentionné sur la convocation sera inscrit.

Affichage autorisé □ Affichage non autorisé □

N° candidat : .....

SIGNATURE DU CANDIDAT :

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL (si candidat mineur) :

ECRIRE EN LETTRES CAPITALES

NOM DE NAISSANCE: .....

NOM D'USAGE : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : /____/ /____/ /____/ SEXE : masculin /__/ - féminin /__/
Jour Mois Année

COMMUNE DE NAISSANCE : .....

DEPARTEMENT : ..... si département de la métropole française

NATIONALITE (en toutes lettres) : .....

PIECES DEPOSEES

/____/ 1 photo d'identité

/____/ 2 enveloppes à fenêtre au tarif en vigueur

/____/ Copie carte d'identité recto/verso en cours de validité comportant la mention « *J'atteste la conformité à l'original de la présente photocopie* » datée et signée par le candidat

/____/ Copie du diplôme du baccalauréat ou certificat de scolarité pour les candidats en terminale

/____/ Droit d'inscription de 65 € :

☐ Chèque à l'ordre de l'**Agent Comptable du GCSPA** (*préciser au verso vos noms et prénom ainsi que l'intitulé : Concours AS 2019)*
☐ Espèces

/____/ dossier de sélection

ADRESSE : .....
.....

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

Tél. : ..... Portable : .....

ADRESSE MAIL : .....

Etes-vous en situation d'handicap ? :

Oui /__/ Non /__/

/__/ Aménagement……..

Fournir obligatoirement une notification MDPH
Ou d'un médecin habilité

Baccalauréat professionnel (cocher la case utile).

« ASSP » □ **« SAPAT »** □

J'accepte sans réserve le règlement qui régit les épreuves de sélection.

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

Fait à : ..... **, le** .....

SIGNATURE DU CANDIDAT

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL (si candidat mineur)

LES DROITS D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DEMEURENT ACQUIS A L'INSTITUT ET NE SERONT PAS REMBOURSES QUELLE QUE SOIT LA CAUSE D'EMPECHEMENT EVENTUEL DE CONCOURIR.

Dossier déposé à l'IFAS le :

/_____/_____/ 2019