

SELECTION 2024 POUR L'ADMISSION DANS L'INSTITUT DE FORMATION
D'AIDES-SOIGNANTS DE CREIL

FICHE D'INSCRIPTION 2024

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Sexe : Féminin
 Masculin

Date de naissance : Lieu :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Portable :

Email :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Dossier n° :

Dossier complet :

Oui
Non

Date de dépôt du dossier :

..... / /

Cachet de l'IFAS

Votre situation :

Scolarité :

(Fournir les relevés de résultats, appréciations ou bulletins scolaires, les appréciations de stage)

Diplôme(s) :

(Fournir une copie des diplômes)

Activités professionnelles :

(Fournir les attestations de travail)

J'autorise le service organisateur à publier mes nom et prénom sur internet dans le cadre de la diffusion des résultats

Je soussigné(e) (Nom et Prénom du candidat)

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

Fait à le

Signature du candidat :

**IFAS DU SUD DE L'OISE
34 rue Aristide Briand
60100 CREIL
03.44.64.53.81**