



FORMATION SOUHAITEE

Date :

<input type="checkbox"/> DE Aide-soignant	<input type="checkbox"/> DE Auxiliaire de puériculture	<input type="checkbox"/> CAP AEPE (Petite enfance)	<input type="checkbox"/> Ambulancier
<input type="checkbox"/> Secrétaire assistante médicale médico-sociale	<input type="checkbox"/> DE Infirmier	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> DE Manipulateur en radiologie
<input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie hospitalière	<input type="checkbox"/> DE Infirmier puériculture	<input type="checkbox"/> Psychomotricien(ne)	<input type="checkbox"/> DTS Imagerie Médicale
	<input type="checkbox"/> DE Infirmier de bloc opératoire		

NOM : Prénom(s) :

Date de naissance : / / Age :

Lieu de naissance : Dép. : Nationalité :

Nom de votre institut : Année de formation en cours :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Numéro sécurité social : Numéro Etudiant :

Adresse e-mail :@

Attention ! Votre adresse e-mail doit être lisible et valide car beaucoup d'information vous seront données par e-mail.



SITUATION ACTUELLE

<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> Salarié, dans quel domaine ?
<input type="checkbox"/> Sans situation	<input type="checkbox"/> Poursuite d'études, lesquelles ?
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :

Dernier diplôme obtenu (aucun, Brevet, BAC, LICENCE...) :

Situation de famille :

- Célibataire
- Célibataire chez les parents
- Marié/ concubinage
- Veuf/ Veuve

Tournez la page pour poursuivre

Etes-vous bénéficiaire du RSA ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des enfants à charge ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Etes-vous dispensé de sport ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Etes-vous à jour de vos vaccins (Covid, hépatite B, DTP, tuberculose) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà fait des stages en établissement de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Etes-vous véhiculé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Voulez-vous nous faire part d'une situation de handicap ou êtes-vous travailleur handicapé RQTH ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



EMPLOYEUR

Avez-vous cherché un employeur pour votre apprentissage ? OUI NON

Avez-vous déjà trouvé un employeur ? OUI NON

Si oui lequel ? (Nom et coordonnées)

.....

.....

.....

.....

Pourquoi souhaitez-vous devenir apprenti :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Màj 25/11/2022