

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ELEVE AIDE-SOIGNANT (E)**Date d'entrée à l'IFAS : 2 septembre 2019****Promotion : 09/2019 - 07/2020**

NOM PATRONYMIQUE:

NOM MARITAL :

Prénom :

Téléphone :

Adresse Mail :

SEXE (F/M) : /___/

Date et Lieu de Naissance :

Département et Pays de Naissance :

Nationalité :

Situation familiale : (C)célibataire - (S)séparé(é) - (M) marié(e) - (D) divorcé(e) - (P) pacsé(e) : /___/

Enfant : (O/N) /___/ Nombre : /___/

Journée Défense et Citoyenneté (O/N) : /___/

ADRESSE COURANTE:

Numéro & Rue :

Code Postal & Ville :

Téléphone : /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Adresse mail :-----

ADRESSE DURANT LA SCOLARITE :**Logé chez :**

Numéro & Rue :

Code Postal & Ville :

Téléphone : /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

URGENCES PREVENIR(NOM & lien de parenté) :

N° de téléphone : /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

N° de portable : /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

ADMISSION**Titre d'admission :(diplômes : Baccalauréat ou Titre admis en équivalence)**

_____(BAC - série): /___/ - année d'obtention /_____/

Préparation concours (O/N) : /___/

INFORMATIONS ADMINISTRATIVESNiveau d'études :
_____**Diplômes universitaires ou/et professionnels & année d'obtention :**

_____/ /___/___/___/___/___/___/

_____/ /___/___/___/___/___/___/

Pour les « Promotions professionnelles AP-HP » :**Grade :** _____ **Numéro d'Identifiant : APH****Etablissement :** _____**Pour les « Promotions Professionnelles Hors AP-HP » :****Etablissement d'origine :**
_____**AIDES FINANCIERES***ANFH *FONGECIF *LADOM * POLE EMPLOI *Autre :
_____* Demande de bourse en cours * Prise en charge financière par votre employeur **Coordonnées de votre employeur (Nom, adresse, CP, ville) :**

_____**Autres informations significatives que vous souhaitez nous communiquer vous concernant :**

