

**DOSSIER D'INSCRIPTION
FORMATION AIDE-SOIGNANTE
ASHQ - AGENTS DE SERVICE**

IDENTIFICATION

NOM de naissance : **Prénom :**

NOM d'usage : **Autres Prénoms :**

Date et Lieu de naissance :à

Département : **Nationalité :**

Adresse :

N°..... **Rue**.....

.....**Apt :**

Code Postal : **VILLE :**

Téléphone Fixe : **Portable :**

E-mail :

**Réservé à
l'administration**

Dossier N° :

Completer

PIECES A JOINDRE

- Photocopie de la carte d'identité (recto. verso en cours de validité)
- Pour les ressortissants étrangers, copie du titre de séjour valide à l'entrée en formation
- Curriculum Vitæ
- Photocopies des diplômes obtenus
- 3 timbres autocollants au tarif « lettre verte »
- Selon la situation, attestation de prise en charge par l'employeur

AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE OU AGENTS DE SERVICE

Pour les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service (En référence à l'article 11 de l'arrêté du 12 avril 2021 portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant aux diplômes d'état d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture).

- Certificat de travail justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.
- Selon la situation, justificatif de la sélection selon les modalités prévues par le statut.
- Selon la situation, avis de la commission paritaire.

CHOIX DU SITE DE FORMATION PAR ORDRE DE PREFERENCE
(SELON LE RESPECT DE L'AGREMENT) (cocher uniquement votre 1^{er} choix)

COMPIEGNE

NOYON

Je soussigné(e) (Nom et prénom du candidat)
certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournées.

Fait à Le

Signature du candidat :

Dossier à déposer ou à renvoyer à l'institut pour le **12 juin 2025 inclus** à l'adresse suivante :

INSTITUT DE FORMATION AIDES-SOIGNANTS

Centre Hospitalier intercommunal

Site de Compiègne : 5 rue du Bourgogne – BP 50029 - 60321 COMPIEGNE Cedex

Site de Noyon : Avenue Alsace Lorraine – BP 159 - 60406 NOYON Cedex

ecole.as@ch-compiegnenoyon.fr - 03 44 44 43 08

Information CNIL : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique relatif à la gestion de votre candidature pour la formation et sont uniquement destinées à l'Institut de Formation aide-soignant de Compiègne/Noyon. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Directrice de l'Institut. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.