

**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<sup>er</sup> 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 **11 juin 2024 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](mailto: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.