

Fiche d'inscription

**ASSISTANT·E DE SOINS EN GERONTOLOGIE**

**Formation 100% à distance**

**I - Identité du / de la candidat·e**

Nom de naissance .....

Prénom .....

Nom marital .....

Sexe  Masculin  Féminin Nationalité .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance .....

Département de naissance .....

Situation de handicap reconnue  oui  non

Handicap  A – Auditif  M – Moteur  V – Visuel  
 AV - Auditif Visuel  MV - Moteur Visuel  AM - Auditif Moteur  
 T - Auditif Moteur Visuel  XX - Autres

**II - Adresse**

Adresse .....

Code Postal |\_|\_|\_|\_|\_| Ville .....

Téléphone .....

Portable .....

Email .....

### III - Pièces à joindre OBLIGATOIREMENT pour toute inscription

- Une lettre de motivation ;
- Un CV ;
- La photocopie de la pièce d'identité recto/verso en cours de validité ;
- La photocopie du diplôme : Aide-Soignant ou Accompagnant Éducatif et Social ou Aide Médico-Psychologique ;
- Si présence d'un handicap, la RQTH.

### IV – Pré-requis

#### **Diplôme(s) obtenu(s) :**

- Aide-Soignant-e
- Accompagnant-e Educatif et Social
- Aide Médico-Psychologique
- Auxiliaire de Vie Sociale

Année d'obtention : .....

#### **N.B. Joindre au dossier les photocopies du ou des diplôme(s).**

#### **Prérequis informatiques :**

- Je dispose d'une connexion internet.
- Je dispose d'un ordinateur portable, d'une tablette ou d'un PC.
- Je sais naviguer sur Internet.
- Je sais consulter ma messagerie et envoyer des mails.

## V - Carrière professionnelle

Périodes d'emploi	Employeurs / Type de structures	Fonctions

## VI - Statut lors de l'inscription

Salarié bénéficiant d'un contrat de travail

Secteur :       Public                       Privé  
                   Secteur social  
                   Secteur médico-social  
                   Autre : .....

Établissement d'emploi : .....  
.....

Temps plein     Temps partiel, Taux à préciser : ..... %

Contrat

CDI depuis le.....

CDD du ..... au .....

Autre (précisez)..... du ..... au .....

Êtes-vous inscrit au pôle emploi ?       oui       non

N° identifiant .....

## FINANCEMENT ENVISAGÉ

Pôle Emploi

Financement personnel

Financement employeur

Je certifie avoir pris connaissance de la totalité du dossier, en acceptant tous les termes, et je certifie également que toutes les informations dont j'ai fait état sont justes. J'accepte, par ailleurs, que mon nom et mes coordonnées figurent sur les fichiers informatiques utilisés pour la constitution des différentes listes de candidat·es.

Fait à ..... le.....

Signature

Conformément au Règlement Européen sur la protection des données, vous bénéficiez des droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de portabilité et de limitation du traitement de vos données. Vous pouvez à tout moment nous envoyer une demande d'exercice de droits à l'adresse suivante: [contact@irtshdf.fr](mailto:contact@irtshdf.fr)



Attestation de prise en charge financière

## **ASSISTANT·E DE SOINS EN GERONTOLOGIE**

Candidat·es bénéficiant d'un financement employeur

(A faire remplir par l'employeur)



Je soussigné(e) Madame - Monsieur : .....

Organisme : .....

Adresse :

.....  
.....  
.....

Téléphone :

Adresse mail :

confirme prendre en charge le financement de la formation ASG envisagée par

Madame – Monsieur .....

.....

COÛT DE LA FORMATION :

Signature  
& Cachet