

# - Fiche d'inscription - Formation d'Auxiliaire de Puériculture



Sélection SEPTEMBRE 2023 (18 mois - de janv 2024 à juil 2024)

## Identité

Nom d'usage : ..... Nom de famille : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

N° de carte de séjour : ..... Date d'expiration : .....  
(pour les étrangers)

N° de Sécurité Sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Numéro de téléphone : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Permis de conduire :    Oui        Non        En cours

Transport en commun à proximité du domicile :    Oui        Non



## Diplômes ou Titres obtenus

Sans diplôme

Brevet des collèges ou            B.E.P.C

Baccalauréat

Spécialité 1 : .....

Spécialité 2 : .....

Équivalence au Baccalauréat (à préciser) : .....

1<sup>re</sup> année d'étude d'infirmier(e) validée

Candidat justifiant d'un contrat de travail

Agent des services hospitaliers qualifié de

la fonction publique hospitalière

Agent des services

DEAS (Diplôme d'Etat d'Aide Soignant)

Diplôme d'ambulancier ou CCA

Diplôme d'Etat d'AES

Titre professionnel d'assistant de vie aux familles

Diplôme d'Assistant Régulation Médicale

Titre professionnel Assistant Service Médico-Social

CAP Accompagnant Educatif Petite Enfance (AEPE)

Baccalauréat professionnel « Accompagnement, Soins,

Services à la Personne » (ASSP)

Terminale ASSP

Baccalauréat « Service Aux Personnes et Aux Territoires »

(SAPAT

Terminale SAPAT

Titre ou Diplôme étranger :

Pays d'origine :

Autre(s) diplôme(s) :

## Choix de la formation

Cursus complet

Cursus partiel

En cas d'admission, j'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

À : ..... le : ..... Signature :

**⚠ Le dossier doit être complet à la date de clôture des inscriptions, voir le dossier d'informations à l'inscription (disponible sur le site du CRFPE : <https://www.crfpe.fr/auxiliaire-de-puericulture/>)**

## Accès à la formation par l'apprentissage

Avez-vous été bali un contrat d'apprentissage avec un employeur            Oui        Non

Si oui, précisez : .....

Nom de l'établissement : .....

Adresse de l'établissement : .....

Téléphone : .....

Nom du maître d'apprentissage : ..... Date de début de contrat : .....

Si non, avez-vous pris contact avec un établissement ?            Oui        Non

L'ensemble des éléments sont susceptibles de modifications en fonction de l'évolution réglementaire et législative.

En partenariat avec

**ISEFORM**  
SANTÉ

Institut Supérieur  
d'Expertise,  
de Formation et de  
Recherche des Métiers  
de la Santé

465 rue Courtois- 59042 LILLE CEDEX  
Tél : 03 20 14 93 06 /  
formationcontinue@crfpe.fr  
www.crfpe.fr

