

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



Rentrée janvier 2027 : en apprentissage

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)

Avez-vous une reconnaissance de travailleur handicapé ? : Oui Non
(information nécessaire pour vous accompagner au mieux)



N° de Sécurité Sociale:

Adresse:

Code Postal: Ville:

Téléphone fixe : Téléphone portable:

Email:

Permis de conduire : Oui Non En cours

Véhiculé : Oui Non

Transport en commun à proximité du domicile : Oui Non

Diplômes ou Titres obtenus

Sans diplôme

Brevet des collèges ou q B.E.P.C.

Baccalauréat:

Spécialité 1:

Spécialité 2:

Équivalence au Baccalauréat (à préciser):

1^{re} année d'étude d'infirmier(e) validée

Candidat justifiant d'un contrat de travail

Agent des services hospitaliers qualifié de la fonction
publique hospitalière

DEAS (Année d'obtention :

CAP AEPE

Diplôme d'ambulancier ou CCA (Année d'obtention :

Diplôme d'Etat d'AES (Année
d'obtention :

Titre professionnel d'assistant de vie aux familles

Diplôme d'Assistant Régulation Médicale (Année d'obtention :

Titre professionnel Assistant Service Médico-Social

Baccalauréat professionnel «Accompagnement, Soins, Services à la Personne
» (ASSP)

Terminale ASSP

Baccalauréat «Service Aux Personnes et Aux Territoires» (SAPAT)

Terminale SAPAT

Avez-vous déjà été en contrat d'apprentissage ? q Oui q Non

Si oui, merci de nous transmettre dans votre dossier, la copie de votre contrat.

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 un employeur ? Oui Non Si oui, précisez :

Nom de l'établissement : Adresse de l'établissement :

Tél.

.....

.....

.....

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

L'ensemble des éléments est susceptible d'être modifié 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

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

La certification qualité a été délivrée au
titre des catégories d'actions suivantes
: actions de formation, bilans de
compétences, actions permettant de
valider les acquis de l'expérience, actions
de formation par apprentissage

