

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité :

Nom patronymique : Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP : Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Veuf(ve) |
| <input type="checkbox"/> Marié(e)/Pacsé(e) | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) |
| <input type="checkbox"/> Vie maritale | |

Date de naissance : Lieu de naissance :

Téléphone : Numéro de SS

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

Statut avant l'entrée en formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Etudiant(e) en poursuite d'études | <input type="checkbox"/> Salarié(e) |
| <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi | <input type="checkbox"/> Autres |

Frais de formation pris en charge par : (cochez la case correspondant à votre situation)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Région Grand Est | <input type="checkbox"/> OPCO ... |
| <input type="checkbox"/> Région Grand Est (dérogatoire) | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> A titre personnel | <input type="checkbox"/> Autres (par exemple CPF) : |

Coordonnées de l'organisme finançant les frais de formation :
(sauf si REGION GRAND EST)

Rémunération et autres aides dont je bénéficie ou suis susceptible de bénéficier durant la formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bourse de la Région | <input type="checkbox"/> Contrat en alternance (apprentissage, contrat profes |
| <input type="checkbox"/> Indemnités de chômage (ARE, ASS, RFF, ASR,...) | <input type="checkbox"/> Allocations d'études |
| <input type="checkbox"/> Minima sociaux et autres allocations (RSA,...) | <input type="checkbox"/> Autres types d'aides publiques (LADOM...) |
| <input type="checkbox"/> Promotion professionnelle hospitalière | <input type="checkbox"/> Aucune aide financière |
| <input type="checkbox"/> Plan de formation de l'employeur | <input type="checkbox"/> Autre(s) prise(s) en charge |
| <input type="checkbox"/> Transition Pro (ex CIF) | |

Coordonnées de l'organisme finançant ou sollicité pour financer la rémunération et/ou d'autres aides :

SITUATION DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION

Pièces à produire à l'institut quel que soit le profil de l'apprenant :

- curriculum vitae actualisé récapitulant les antécédents professionnels depuis la sortie du système scolaire
- copie du dernier diplôme

PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série

Dernières études suivies :

Année scolaire	Intitulé de la formation	Etablissement

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Dernier emploi exercé avant l'entrée en formation (employeur principal en cas de cumul d'activités) :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Date de fin ou de rupture de contrat

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection et le démarrage effectif de la formation
- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux concours ou épreuves de sélection et le démarrage de la formation
- pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le 8 avril 2021 et le démarrage effectif de la formation

soit :

du :

au :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Date de fin ou de rupture de contrat

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal