

FINANCEMENT PAR UN ETABLISSEMENT

Nom Etablissement : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
N°Siret (Obligatoire) : _____ Dossier Suivi Par : _____
Responsable : _____ Fonction : _____
① : Fixe _____ ① Portable : _____
Courriel : _____

FINANCEMENT PAR UN ORGANISME FINANCEUR

Nom de l'organisme financeur : _____
Date de commission : _____
Accord : oui non (joindre attestation)

FINANCEMENT PERSONNEL

Financement personnel

PUBLICATION DES RESULTATS A LA SELECTION SUR LE SITE INTERNET DE L'IFAP

J' autorise

Je n'autorise pas

l'I.F.A.S du Centre Hospitalier de Vichy à publier mon nom sur son site Internet lors de la **publication des résultats** des épreuves de sélection pour la formation Auxiliaire de Puériculture.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e), M_____ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et certifie « conforme à l'original » l'ensemble des documents fournis dans le dossier d'inscription.

Je déclare avoir pris connaissance des informations et obligations précisées dans la notice d'inscription.

Fait à _____ le _____ 2025.

NOM ET PRENOM SIGNATURE DU CANDIDAT

PIECES A RETOURNER A L'IFAP

Date limite de retour du dossier : le 14 NOVEMBRE 2025. Passé ce délai, tout dossier sera refusé.

Le courrier doit être envoyé UNIQUEMENT par courrier postal recommandé avec AR - cachet de la poste faisant foi.

Nous vous demandons de nous transmettre ces documents en respectant l'ordre suivant :

DOSSIER ADMINISTRATIF : pièces à fournir avec la FICHE D'INSCRIPTION et consignes à respecter

<input type="checkbox"/>	Carte d'identité /passeport valide	Attestation de renouvellement si périmés. Photocopie des 2 faces de la carte d'identité sur une seule page.
<input type="checkbox"/>	Candidats étrangers	
<input type="checkbox"/>	Titre de séjour Valide	Valide à l'entrée en formation. Photocopie sur une seule page.
<input type="checkbox"/>	Attestation niveau de langue	
<input type="checkbox"/>	Attestation JAPD	Attestation de journée d'appel pour la défense et citoyenneté pour les Candidats de -de 25 ans ou attestation de recensement. Photocopie.
<input type="checkbox"/>	Intégralité des diplômes/titres	Traduits en français ou équivalences des titres d'inscription. Photocopie.
<input type="checkbox"/>	Attestation Candidat handicapé	<input type="checkbox"/> Je demande un aménagement des conditions de déroulement de l'entretien. <input type="checkbox"/> Je joins impérativement l'avis du médecin agréé par la CDAPH ou d'un médecin. Sans cette attestation, votre demande ne sera pas prise en compte.

DOSSIER DE SELECTION : pièces à fournir et consignes à respecter

<input type="checkbox"/>	Lettre de motivation MANUSCRITE	La lettre ne doit pas être dactylographiée.
<input type="checkbox"/>	Curriculum vitae	Dactylographié.
<input type="checkbox"/>	Document <u>MANUSCRIT</u>	Document relatant au choix du candidat, soit une situation personnelle professionnelle vécue, projet professionnel en lien avec les attendus et critères nationaux de la formation. <u>Ce document n'excède pas 2 pages.</u>
<input type="checkbox"/>	Relevé de notes du bac	Pour tous les bacheliers (si possible) et pour les Baccalauréats obtenus en 2025 : joindre obligatoirement votre relevé de notes du bac <u>dès que obtention du résultat.</u>
<input type="checkbox"/>	Appréciations / bulletins scolaires Appréciations de stages.	Joindre les bulletins de notes scolaires, Les rapports de stages ou livret de formation, si vous en possédez.
<input type="checkbox"/>	Attestations de travail,	Joindre de préférence des <u>attestations</u> de travail de vos différents employeurs plutôt que tous les contrats de travail.
<input type="checkbox"/>	Appréciations, recommandation employeurs.	Eventuellement toute recommandation ou appréciation d'employeurs où appréciation en stage.

PROFIL ET EXPERIENCE PROFESSIONNELLE
FPC – AP – SELECTION

IDENTITE

Nom : _____ **Nom d'épouse** : _____

Prénom : _____ **Age** : _____ ans

Adresse Actuelle : Code postal |__|__|__|__|__| Ville : _____

Et/ou

Autre Adresse* : Code postal |__|__|__|__|__| Ville : _____

*Si vous faites le choix d'avoir une autre adresse pendant la durée de la formation

PARCOURS

Parcours complet

Parcours partiel (si titulaire d'un diplôme ci-dessous) **Année d'obtention** : |__|__|__|__|__| **obligatoire**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> BAC ASSP | <input type="checkbox"/> BAC SAPAT |
| <input type="checkbox"/> TP Auxiliaire De Vies aux Familles | <input type="checkbox"/> DE D'Assistant de Régulation Médicale |
| <input type="checkbox"/> CC Ambulancier | <input type="checkbox"/> TP d'Agent de Service Médico-Social |
| <input type="checkbox"/> DE D'Auxiliaire de Puériculture (2006) | <input type="checkbox"/> DE D'Auxiliaire de Puériculture (2021) |
| <input type="checkbox"/> DE D'Accompagnement Educatif et Social (2016) | <input type="checkbox"/> DE D'Accompagnement Educatif et Social (2021) |
| (dont Mention Complémentaire A Domicile,
DE Aide-Médico-Psychologique, DE Auxiliaire Vie Sociale) | <input type="checkbox"/> CAP AEPE |

EMPLOYEUR ACTUEL

Nom de l'Etablissement : _____

Adresse : _____

Code postal : |__|__|__|__|__| **Ville** : _____

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES dans le domaine sanitaire et social

Année	Durée	Stage ou emploi	Etablissement/Ville	Service (s)
Exemple 2023	2 mois	Stage bac ASSP	Centre Hospitalier de Vichy	Pédiatrie

Si vous Avez un **membre de votre famille travaillant dans un Etablissement de santé**, veuillez impérativement en préciser le **LIEU et SERVICE** : _____

Un **Véhicule est indispensable** pour vous rendre sur les différents lieux de stage :

Etes-vous Titulaire du Permis de conduire : Oui Non

En cours - **Impérativement nous informer dès obtention.**

SIGNATURE