



## PARCOURS VAE

Date de passage devant le jury :

- Compétences acquises à partir du programme de 2005
- Compétences acquise à partir du programme de 2021

## 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 \_\_\_\_\_ 2026.

## SIGNATURE DU CANDIDAT

## PIECES A RETOURNER A L'IFAS

**Date limite de retour du dossier : le 09 novembre 2026. 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 les documents suivants :

<input type="checkbox"/>	<b>La fiche d'inscription recto verso</b>	Dûment remplie et SIGNÉE.
<input type="checkbox"/>	<b>La fiche Profil et Expérience professionnelle</b>	Dûment remplie et SIGNÉE.
<input type="checkbox"/>	<b>Carte d'identité / passeport valide</b>	Attestation de renouvellement si périmés. Photocopie sur une seule page.
<input type="checkbox"/>	<b>Candidats étrangers Titre de séjour Valide</b>	Valide à l'entrée en formation. Photocopie.
<input type="checkbox"/>	<b>Attestation JAPD</b>	Attestation de journée d'appel pour la défense et citoyenneté pour les <b>candidats de - de 25 ans</b> ou attestation de recensement.
<input type="checkbox"/>	<b>Attestation de validation de compétences de la DREETS</b>	<b>Photocopie intégrale du courrier <u>recto/verso</u>.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Lettre de motivation</b>	Manuscrite.
<input type="checkbox"/>	<b>Curriculum vitae</b>	Dactylographié.

Profil et expérience professionnelle  
VAE - Auxiliaire de Puériculture

**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 VAE**

Date de passage devant le jury : \_\_\_\_\_

- Compétences acquises à partir du programme de 2005  
 Compétences acquise à partir du programme de 2021

**TOUTES VOS EXPERIENCES PROFESSIONNELLES, STAGES, FORMATIONS domaine sanitaire et social**

Année	Durée	Stage/ 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.**

fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 2026

SIGNATURE