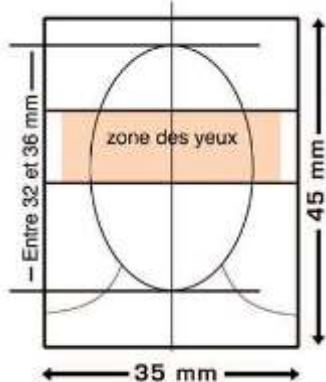
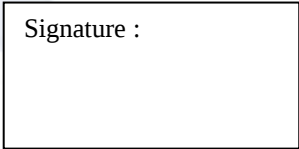


Le candidat doit être majeur lors de la présentation au jury plénier AES.

IDENTITÉ (LIBELLER EN LETTRES CAPITALES)	NOM DE NAISSANCE	
	NOM MARITAL	
	PRENOM	
	NATIONALITE (en toutes lettres)	
	DATE DE NAISSANCE /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/ (JJ/MM/AAAA)	
	SEXE ☐ MASCULIN ☐ FÉMININ	
	PAYS DE NAISSANCE.....	
	COMMUNE ET CODE POSTAL DE NAISSANCE.....	
	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/ /_/ /_/ /_/	
	☐ CÉLIBATAIRE ☐ MARIÉ(E) ☐ PACSÉ(E) ☐ VIE MARITALE/CONCUBINAGE ☐ DIVORCÉ(E)/SÉPARÉ(E) ☐ VEUF(VE)	
NOMBRE D'ENFANT(S) /_/ AGE DES ENFANT(S) /_/ /_/ /_/ /_/ /_/		
ADRESSE		
VILLE CODE POSTAL /_/_/ /_/_/ /_/ /_/		
TEL /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/	PORTABLE /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/	
COURRIEL @		
NUMÉRO IDENTIFIANT FRANCE TRAVAIL /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/ /_/		
NUMERO ALLOCATAIRE CAF /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/ (pour les bénéficiaires du RSA)		
Avez-vous des besoins spécifiques pour l'aménagement de vos épreuves (sélection et/ou en formation) ? ☐ OUI ☐ NON		
DIPLÔME	J'atteste sur l'honneur déclarer l'ensemble des mes titres et diplômes possédés : Intitulé du diplôme ANNEE /_/_/ /_/_/ /_/ /_/ /_ Niveau du diplôme ☐ niveau 1 ☐ niveau 2 ☐ niveau 3 ☐ niveau 4 ☐ niveau 5 ☐ AUCUN DIPLÔME	Signature : 
AFGSU	Avez-vous l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) niveau 1 et 2 : ☐ NON ☐ OUI Date d'obtention /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/ /_/	
FINANCEMENT	Je sollicite une place RégionSud : ☐ OUI ☐ NON (Les candidats seront admis par ordre de mérite au concours oral) Je sollicite un autre Financement : ☐ Apprentissage ☐ Contrat de Professionnalisation ☐ Congé Transition Professionnelle ☐ Pro-A Préciser l'organisme financeur et /ou l'employeur : Joindre un justificatif.	
Date et Signature de votre demande : 		

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

- ☐ 2 photos d'identité dont 1 collée sur cette demande d'inscription
- ☐ Photocopie recto/verso d'une pièce d'identité en cours de validité (*permis de conduire non accepté*)
- ☐ Photocopie de l'attestation de sécurité sociale avec les droits ouverts
- ☐ Lettre de motivation manuscrite
- ☐ Curriculum vitae
- ☐ Diplôme AFGSU (si obtention)
- ☐ Document manuscrit relatant : (*ce document ne doit pas excéder 2 pages*)
 - Soit une situation personnelle ou professionnelle vécue,
 - soit un projet professionnel en lien avec les attendus de la formation
- ☐ Selon votre situation, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et / ou recommandations de l'employeur
- ☐ Selon votre situation, la copie des originaux des diplômes ou titres obtenus ou relevés de notes du diplômes (traduits en français le cas échéant)
- ☐ Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation.
- ☐ Pour les candidats en situation de handicap, fournir la reconnaissance RQTH
- ☐ Certificat médical de demande d'aménagement des évaluations dans le cadre de la formation AES (uniquement si vous présentez un handicap)
- ☐ Fiche immunitaire & vaccinale remplie par un professionnel de santé habilité (*au plus tard le 1^{er} jour de formation*)
- ☐ Prescription du France Travail ou Mission Locale ou CAP Emploi ou Département (=conclusion d'entretien avec votre conseiller ou référent)
- ☐ **Si vous êtes majeur, fournir l'attestation d'honorabilité.** Ce document est à **récupérer en ligne** :
<https://honorabilite.social.gouv.fr/index.php/>

Cette attestation sera à présenter lors de vos stages obligatoires au sein des structures visées par l'article L.133-6 du CASF.

Vous avez la possibilité de faire une demande d'effacement de votre casier judiciaire le cas échéant. Si vous êtes dans l'incapacité de nous fournir votre attestation d'honorabilité lors des stages obligatoires prévus par le référentiel, vous serez dans l'impossibilité de réaliser les stages obligatoires.

Information Complémentaire :

En référence à la « loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, articles 12, 13 et 14 notamment et au décret n° 2021-1059 du 7 août 2021 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire », l'obligation vaccinale vous sera demandée par les lieux de stage.

Dossier remis au Centre de Formation LES CHENES le /__/_/ __/_/ / 2 / 0 / 2 / __/

NOM DE NAISSANCE :	_____	NOM MARITAL :	_____
PRÉNOM :	_____	DATE DE NAISSANCE :	_____
TÉLÉPHONE :	_____	ANNÉE D'ADMISSION :	2026

Avis important réglementaire (Art. L3111-4 du CSP) : L'admission définitive en formation est subordonnée à la fourniture de cette fiche dûment validée par un médecin le 1er jour de formation.

1. VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Maintien de l'obligation de l'immunité)

Vaccin & Spécificités 2026	Dates des Injections / Rappels	Validation Médicale & Sérologie
DIPHTÉRIE - TÉTANOS – POLIOMYÉLITE - COQUELUCHE Rappels recommandés à âges fixes (25, 45 ans) avec le composant Coqueluche (dTPCa).	Dernier rappel dTP : _____ Dernier rappel dTPCa : _____	☐ À jour des obligations
ROUGEOLE - OREILLONS - RUBÉOLE (ROR) Nés depuis 1980 : 2 doses obligatoires en formation. Nés avant 1980 : 1 dose si pas d'antécédent.	1ère dose : _____ 2ème dose : _____ ☐ Antécédent de Rougeole	☐ Schéma complet 2 doses

2. VACCINATIONS RECOMMANDÉES EN MILIEU DE SOINS

Vaccins & Conditions	Dates des Injections / Antécédents	Suivi / Résultats IDR
VARICELLE Recommandé pour les professionnels sans antécédent de la maladie.	1ère dose : _____ 2ème dose : _____ ☐ Antécédent certain	Si doute ou pas d'ATCD : Sérologie : _____ ☐ Négative -> À vacciner
HÉPATITE VIRALE A Recommandé pour les personnels exposés ou selon protocole d'établissement.	1ère dose : ____ / ____ / ____ 2ème dose (rappel) : ____ / ____ / ____	☐ Schéma à 2 doses complété ☐ Sérologie Ac anti-VHA (si faite) : _____
HÉPATITE VIRALE B Obligation d'immunisation selon le Code de la Santé Publique.	1ère dose : _____ 2ème dose : _____ 3ème dose : _____ Inj. sup. : _____	Résultat sérologique obligatoire : Taux Ac anti-HBs : _____ UI/l ☐ Immunité acquise (>=100 UI/l) ☐ Non répondeur (après 6 doses)
COVID-19 & GRIPPE SAISONNIÈRE Vaccinations hautement préconisées au contact de personnes vulnérables.	Dernier rappel COVID : _____ Vaccin Grippe : _____	☐ Recommandations lues et appliquées
TUBERCULOSE (BCG) & MÉNINGOCOQUE C il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer le risque d'exposition	Date BCG : _____ Date Méningo C : _____	Test tuberculinique (IDR) : Date IDR : _____ Induration : _____ mm

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE L'ÉLÈVE

Je soussigné(e), certifie l'exactitude des informations fournies et m'engage à maintenir à jour mes obligations vaccinales pendant toute la durée de ma formation.

Fait à : _____ Le : _____

Signature : _____

CERTIFICATION PAR LE MÉDECIN

Je soussigné(e), Dr _____, certifie que les renseignements et dates de vaccination inscrits ci-dessus sont exacts et conformes au dossier médical du patient.

Fait à : _____ Le : _____

Signature et Cachet du Praticien : _____