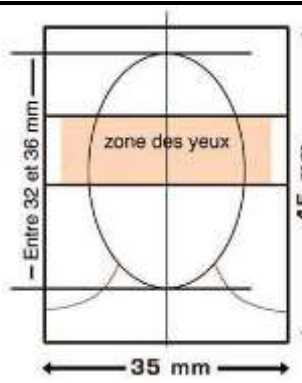


**Dossier d'inscription pour l'entrée en formation
ASSISTANT DE SOINS EN GÉRONTOLOGIE - ASG**

Circulaire DHOS/DSS/DHOS n°2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 - Arrêté du 23 juin 2010 du ministère de la santé et des sports

**À remettre au secrétariat du
CENTRE DE FORMATION et APPRENTISSAGE**

INFORMATIONS CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement automatisé. Conformément à l'article 27 de la loi n°78 du 6 janvier 1978, chaque élève bénéficie du droit d'accès au fichier informatique établi par le C.R.I.H. pour les informations le concernant.

IDENTITÉ (LIBELLER EN LETTRES CAPITALES)	NOM DE NAISSANCE	
	NOM MARITAL	
	PRENOM	
	NATIONALITE (en toutes lettres)	
	DATE DE NAISSANCE /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_ (JJ/MM/AAAA)	
	ÂGE	
	PAYS DE NAISSANCE.....	
	COMMUNE ET CODE POSTAL DE NAISSANCE.....	
	ADRESSE	
	ADRESSE SUITE	
VILLE CODE POSTAL /_/_/_/_/_/_/_/_		
TEL /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_ / PORTABLE /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_		
COURRIEL @		
Comment avez-vous connu notre centre de formation :		
<input type="checkbox"/> Site internet <input type="checkbox"/> Forum (préciser) <input type="checkbox"/> Journaux/Affichages <input type="checkbox"/> Employeurs <input type="checkbox"/> Connaissances <input type="checkbox"/> Pub Cinéma <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :.....		
Bénéficiez-vous d'une reconnaissance RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
DIPLÔME	Titulaire du diplôme et en situation d'emploi auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées ANNEE du DIPLOME /_/_/_/_/_/_/_/_	
	<input type="checkbox"/> DEAS <input type="checkbox"/> DEAMP <input type="checkbox"/> DEAES spécialité « Collectif » <input type="checkbox"/> DEAES spécialité « Domicile » <input type="checkbox"/> DEAVS	
ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT		
Nom et coordonnées de la structure :		
.....		
Nom et coordonnées de l'OPCO financeur :		
.....		

ENGAGEMENT D'INSCRIPTION

Date : Signature du candidat :

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

- Fiche d'inscription dûment renseignée
- Curriculum Vitae détaillé
- Copie de la carte d'identité en cours de validité (recto/verso)
- 1 photo d'identité collée sur la fiche d'inscription
- Copie du diplôme obtenu requis
- Pour les personnes titulaires du D.E.A.V.S. ou D.E.A.E.S. Spécialité « domicile » :
fournir une attestation de l'employeur précisant que vous exercez auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées
- Devis et convention de formation signée par la structure

Dossier d'inscription complet doit nous être retourné à l'adresse suivante :

Centre de Formation et d'Apprentissage Les Chênes
524 Avenue Pont des Fontaines
84200 CARPENTRAS

Possibilité de déposer le dossier au centre de formation

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