



IFPS  
Centre Hospitalier Sainte-Marie  
PRIVAS

## FICHE D'INSCRIPTION POUR L'ENTREE EN FORMATION D'ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL



**La Région**  
Auvergne-Rhône-Alpes

### FORMATION INITIALE EN APPRENTISSAGE - **Rentrée du 11/01/2027**

Secrétariat : 04 75 20 16 02

E-mail : [ifps.contact.pri@ahsm.fr](mailto:ifps.contact.pri@ahsm.fr)

Site internet: [www.ifpsprivas.ahsm.fr](http://www.ifpsprivas.ahsm.fr)

**N° d'inscription** (réservé à l'Institut) :

**NOM :** \_\_\_\_\_ **NOM D'USAGE :** \_\_\_\_\_

**PRENOMS :** \_\_\_\_\_ **SEXE :** ☐ Masculin ☐ Féminin

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

**CODE POSTAL :** \_\_\_\_\_ **VILLE :** \_\_\_\_\_

**TELEPHONE FIXE :** \_\_\_\_\_ **PORTABLE :** \_\_\_\_\_

**E-MAIL :** \_\_\_\_\_

**NE(E) LE :** \_\_\_\_\_ **LIEU DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

#### PIECES A FOURNIR

- ☐ La demande d'inscription signée
- ☐ Une copie de la pièce d'identité de l'apprenti
- ☐ Une lettre de motivation avec description du projet professionnel
- ☐ Un curriculum vitae
- ☐ La copie du ou des diplôme(s)
- ☐ Une copie du contrat d'apprentissage signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage (promesse d'embauche de l'employeur)

**L'inscription ne sera prise en compte que si le dossier est complet.**

**La liste des admis sera effectuée par ordre chronologique de dépôt des dossiers complets.**

**La liste complémentaire suivra le même principe.**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature