



IFPS

Centre Hospitalier Sainte-Marie  
PRIVAS

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

La Région  
Auvergne-Rhône-Alpes

**FORMATION :**     Ambulancier                       AES                       AS                       Aux Puer  
                           IDE 1A                                       IDE 2A                       IDE 3A

NOM : ..... NOM D'EPOUSE : .....

PRENOMS : .....

RUE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

ADRESSE MAIL : ..... N° PORTABLE : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : ..... NATIONALITE : .....

DERNIER DIPLOME OBTENU : ..... DATE OBTENTION : .....

SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION :

Etablissement scolaire fréquenté en 20xx / 2xx : .....

Reprise études suite à une ou plusieurs activités professionnelles

N° SECURITE SOCIALE : .....

PERCEVEZ-VOUS UNE INDEMNITE POLE-EMPLOI ?  OUI  NON    Si OUI, identifiant PE : .....

PERCEVEZ-VOUS UNE AUTRE INDEMNITE ?  OUI  NON    Si OUI, préciser ; .....

AVEZ-VOUS LE PERMIS DE CONDUIRE ?  OUI  NON    Si OUI, avez-vous un véhicule ?  OUI  NON

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS URGENCE

1) NOM PRENOM : .....

TELEPHONE : ..... LIEN DE PARENTE : .....

2) NOM PRENOM : .....

TELEPHONE : ..... LIEN DE PARENTE : .....