

Photo
obligatoire

“ Etat civil

Madame Monsieur

NOM : Prénom :

NOM de jeune fille :

Age : Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu de naissance : Pays : Ville (et département) :

Nationalité : Française Etrangère :

N° de sécurité sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe : Portable :

E-mail :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Union libre

Nombre et âge des enfants à charge :

Véhicule : Oui Non

Niveau scolaire (*précisez si Diplôme obtenu ou niveau et la date*) :

Financement de la formation :

Employeur CIF / Précisez l'organisme : Individuel

Pôle Emploi Autre / Précisez :

Date de la sélection écrite :

“ Constitution du dossier d'inscription

Dans le cadre de votre demande d'inscription dans notre Centre, nous vous communiquons ci-dessous la liste des documents à nous fournir pour la constitution de votre dossier.

Ce bulletin d'inscription dûment rempli

Une photo d'identité à coller sur la fiche d'identification

Justificatif du pré-requis :

→ Pour les personnes titulaires du BAC : photocopie du Diplôme (BAC toutes sections, BAC Professionnel)

→ Pour les personnes non titulaires du BAC : relevé de notes et bulletins scolaires de terminal

→ Pour les personnes se présentant cette année au BAC : relevé de notes de l'épreuve de français du BAC en classe de première et bulletins scolaires de terminale

→ Pour les personnes titulaires d'un BEP Secrétariat : photocopie du Diplôme BEP Secrétariat et justificatif d'une expérience professionnelle dans le secrétariat

→ Pour les personnes titulaires d'un Diplôme du secteur sanitaire de niveau V minimum : photocopie du Diplôme

Un CV actualisé

La photocopie recto/verso de votre carte d'identité en cours de validité

Un chèque de 60 € à l'ordre de Pôle Formation Santé (frais de sélection). *Les Mandats Cash ne sont pas acceptés.*

Nous vous précisons que les frais de sélection ne sont pas remboursés en cas d'annulation et ce quelle qu'en soit la raison.

Document à retourner au Pôle Formation Santé :

Pôle Formation Santé - Site GREENOPOLIS - 16 rue Berjon 69009 LYON

Marie-Lucie DURY - *Coordinatrice Pool Administratif* - Tél. : 04 37 46 18 61 - Fax : 04 78 89 67 25

E-mail : m.dury@poleformation-sante.fr - www.poleformation-sante.fr



Attestation de prise en charge des frais de la formation

Tarif : Nous consulter

Frais de sélection écrit : 30 € / Frais de sélection oral : 30 €

Le stagiaire

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Téléphone : _____

<p>Attestation de prise en charge Pôle Emploi</p>	<p>Etablissement :</p> <p>Adresse :</p> <p>Code Postal : _____ Ville :</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>A Le</p> <p>Signature et cachet</p>
<p>Attestation de prise en charge employeur</p>	<p>Etablissement :</p> <p>Adresse :</p> <p>Code Postal : _____ Ville :</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Je soussigné(e) agissant en qualité de m'engage par la présente à prendre en charge les frais de cette formation, d'un montant de</p> <p><input type="checkbox"/> Paiement direct par l'entreprise <input type="checkbox"/> Subrogation par OPCA <i>Précisez l'OPCA :</i></p> <p><i>Pour toute prise en charge totale ou partielle par un organisme financeur, nous faire parvenir son contrat de prestation de service. Le montant non pris en charge sera réglé par le signataire de la présente offre.</i></p> <p>A Le</p> <p>Signature et cachet</p>
<p>Attestation de prise en charge individuelle</p>	<p>Je soussigné(e) m'engage par la présente à prendre en charge les frais de cette formation, d'un montant de</p> <p>A Le</p> <p>Signature</p>