

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
- Un CV actualisé
- Une lettre de motivation
- La photocopie recto/verso de votre carte d'identité en cours de validité
- Une photocopie de vos vaccinations (DTPolio) ou certificat médical
- Certificat médical de non contre indication physique ou psychique

Document à retourner au Pôle Formation Santé le 3 octobre 2017:

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

Diplômes obtenus :

Année	Diplôme	Niveau d'étude	Etablissement

Langues étrangères :

Quels sont vos objectifs professionnels et votre projet d'emploi ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Qu'attendez-vous de cette formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

Cadre réservé au centre de formation

- Information collective du/ /.....
- Tests de sélection :/ /..... Accepté Refusé
- Entretien du/ /..... Accepté Refusé
- Entretien avec un lieu de stage du/ /..... Accepté Refusé

Décision du centre : Accepté Refusé

Date : Visa :

Autre :

Commentaire :