

DOSSIER D'ADMISSION

Cursus de formation continue par la voie de l'alternance

Contrat de Pro ☐

ou Pro A ☐

Rentrée : Janvier 2026

- **Intitulé de la formation demandée : DE AIDE-SOIGNANT**
- **Site de formation demandé : IFPS CHRU de Brest (29)**
- **Durée de la formation : 18 mois**

Dossier complet à retourner **au plus tard le 15/10/2025**
par mail à c.boqueho@arfass.org

COORDONNÉES DU CANDIDAT

NOM _____ Prénom _____

Nom de naissance _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____ Département _____

Nationalité _____ Sexe M ☐ F ☐

✉ Adresse personnelle _____

Code postal _____ Ville _____

📞 Téléphone portable _____

💻 Adresse email _____@_____

Numéro de Sécurité Sociale (NIR) _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM _____ Prénom _____

Portable _____

Numéro d'Identifiant National d'Étudiant INE : _____
Non obligatoire - Noté sur le dernier bulletin de notes ou relevé de notes

Avez-vous déjà été apprenti ? ☐ OUI ☐ NON

Etes-vous reconnu Travailleur Handicapé ? ☐ OUI* ☐ NON ☐ En cours
Si oui, merci de joindre une copie de la RQTH

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement d'examen ? ☐ OUI ☐ NON
Tiers-temps, secrétaire, ...

Avez-vous le permis B ? ☐ OUI ☐ NON

FORMATION ET SCOLARITE

Quelle est votre situation actuelle ? ☐ Étudiant ☐ Apprenti ☐ En emploi ☐ Demandeur d'emploi
☐ Autre situation : _____

Quel est votre dernier diplôme préparé ? _____

Quel est votre dernier diplôme obtenu ? _____

Quel est le dernier établissement scolaire fréquenté ? _____

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

- ☐ Copie recto/verso de la Carte Nationale d'Identité (ou copie du Passeport)
- ☐ CV - en PDF
- ☐ Photo d'identité - en JPG
- ☐ Copie du diplôme le plus élevé obtenu (ou relevé de notes)
- ☐ Lettre de motivation avec description de votre projet professionnel
- ☐ Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires à faire compléter par votre médecin traitant (modèle à utiliser ci-joint)
- ☐ Certificat médical d'aptitude, à faire compléter par un médecin agréé par l'ARS (modèle à utiliser ci-joint) - Liste : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>

☐ En cochant cette case, j'accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées pour permettre mon inscription et la gestion de mon dossier au CFA de l'ARFASS Bretagne.

À _____, le _____ **Signature du candidat :**