

**FICHE D'INSCRIPTION A LA FORMATION AIDE SOIGNANTE 2019**  
**VALIDATION DES ACQUIS ET DE L'EXPERIENCE (VAE)**  
**POUR LES CANDIDATS AYANT VALIDE UN OU PLUSIEURS MODULES VIA LA VAE**

**ETAT CIVIL** (A remplir LISIBLEMENT, les noms en MAJUSCULES)

NOM de naissance : .....

Prénoms : .....

NOM d'usage : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe :  M  F

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

CODE POSTAL :

VILLE : .....

Téléphones : Domicile .....-.....-.....-.....-.....

Portable .....-.....-.....-.....-.....

Email: .....@.....

**LISTE DES PIECES A FOURNIR :**

- Dossier d'inscription dûment complété
- Lettre de motivation manuscrite, **datée et signée**
- Curriculum vitae **à jour**
- Photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité
  - (Carte d'identité ou passeport)
- Photocopies de la décision du jury VAE
- Attestation et appréciations de travail
- Chèque de 50€ libellé à l'ordre de Fondation Bon Sauveur
- 3 timbres au tarif normal en vigueur

**L'EPREUVE ORALE** : notée sur 20 points, (durée 20 minutes).

Elle consiste en un entretien individuel d'une durée de 20 minutes avec le jury.

Dans un premier temps le candidat présente son parcours, puis dans le deuxième temps, est consacré aux échanges avec le jury afin d'évaluer l'intérêt du candidat pour la profession et sa motivation. Le jury final établit la liste de classement en fonction du nombre de places ouvertes.

**STATUT ACTUEL DU CANDIDAT :**

Activité salariée  Si oui, Précisez le type de contrat : CDI  CDD  Intérim

Nom de votre employeur : .....

Adresse de votre employeur : .....

Code postal : Ville : .....

Demandeur d'emploi :  Si oui, Précisez : indemnisé  non indemnisé

Poursuite de scolarité :

Autre (disponibilité.....) :  Si oui, Précisez .....

**POUR LES SALARIES :**

Organisme auprès duquel vous avez déposé votre demande de prise en charge (ANFH, Fongécif...) :

Pour la prise en charge de la rémunération : .....

Pour la prise en charge du coût de la formation : .....

Salarié ayant un refus de prise en charge : .....

**INTERNET :**

Autorisez-vous l'Institut de Formation Aide-Soignante de la Fondation Bon sauveur de Picauville à publier votre nom sur son site internet <http://formations-sante.normandie.fr> et <http://www.fbs50.fr> lors de la diffusion des résultats des épreuves de sélection au concours d'entrée en formation aide-soignante (**Réponse obligatoire**).

OUI

NON

**COMPETENCES OBTENUES VIA LA VAE :**

Module 1  Module 2  Module 3  Module 4  Module 5  Module 6  Module 7  Module 8  Année de la validation de la VAE : .....

- Je soussigné (e) - Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus  
- Demande mon inscription sur la liste des candidats à la sélection aide-soignante pour la rentrée de 2019

A : .....

Le : .....

Signature du candidat :