

CENTRE DE FORMATION LOUISE COUVE

46, rue de la Commune de Paris

93300 AUBERVILLIERS

☎ : 01.48.11.49.30 - E-mail : assistant.medical@couve.fr - Site Internet : www.couve.fr

DOSSIER ADMINISTRATIF

Formation d'Adaptation à l'Emploi (F.A.E.)

- D.E. Infirmier
- D.E. Aide-Soignant(e)
- D.E. Auxiliaire de Puériculture

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

PRENOM(S) :

DATE DE NAISSANCE : _ _ / _ _ / _ _ _ _ AGE :

LIEU : DEPT :

PAYS : SEXE : F M

ADRESSE* :

.....

CODE POSTAL : _ _ _ _ LOCALITE :

☎ : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ 📞 : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

E-mail : @



** Tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone doit être signalé au secrétariat
(La responsabilité en incombera à l'élève).*



CONDITIONS D'ACCES A LA FORMATION

Tout public possédant un des Diplômes d'État suivants :

- Infirmier
- Aide-Soignant
- Auxiliaire de puériculture

SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

Êtes-vous inscrit(e) à France Travail (anciennement Pôle Emploi) : OUI NON

Si oui, depuis quelle date ? _ _ / _ _ / _ _ _ _ N° Identifiant :
(7 chiffres et 1 lettre)

Êtes-vous bénéficiaire du RSA ? OUI NON

Avez-vous un employeur ? OUI NON

Nom de l'établissement :

Nom d'un contact :

☎ : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Mail :

Avez-vous sollicité une prise en charge financière ? OUI NON

Si oui, laquelle ?

i **ATTENTION** : Les démarches auprès des Organismes financeurs sont à débiter dès le retrait du dossier.

Comment avez-vous connu le Centre de Formation Louise Couvé ?

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Service Social | <input type="checkbox"/> Salon, forum | <input type="checkbox"/> Mission Locale | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> France Travail | <input type="checkbox"/> Relation | <input type="checkbox"/> Jeudis du CFLC | <input type="checkbox"/> Autres : |

Règlementation européenne RGPD – Règlement Général sur la Protection des Données

Conformément à la réglementation européenne en vigueur à partir du 25 mai 2018, nous vous informons que les informations recueillies vous concernant sont nécessaires à la communication, à la gestion des épreuves de sélection et/ou au suivi des apprenants. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au C.F.L.C. et à établir des statistiques pour nos différentes tutelles. Conformément à la réglementation, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'oubli aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat concerné.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés dans ce document et atteste avoir pris connaissance des conditions et informations générales mentionnées ci-dessus.

DATE : _ _ / _ _ / 2 0 _ _

SIGNATURE :

Il est obligatoire de remplir le dossier dans sa totalité

VOTRE DOSSIER DOIT COMPRENDRE :

- Dossier administratif rempli et signé
- 1 Curriculum Vitae (CV) **actualisé**
- 1 lettre de motivation
- 1 Photos d'identité récente **agrafée/collée sur le dossier administratif**
- 1 Photocopie de votre carte d'identité ou de votre titre de séjour en cours de validité (recto-verso)
- 1 Photocopie de votre diplôme Infirmier, Aide-Soignant(e) ou Auxiliaire de Puériculture
- Si expérience d'un an ou plus en secrétariat médical : une attestation employeur ou un certificat de travail avec mention de votre expérience (intitulé de poste, ancienneté, ...)
- 1 Chèque bancaire ou postal acquittant les frais d'inscription ***50 € à l'ordre du C.F.L.C.**
(*non remboursable en cas de désistement ou de refus du dossier ou d'échec du candidat)

i ATTENTION : TOUT DOSSIER INCOMPLET VOUS SERA RENVOYÉ.
L'INSCRIPTION SERA EFFECTIVE À RÉCEPTION D'UN DOSSIER COMPLET.