IFSS Seltzer Institut de Formation Sanitaire et Sociale Fondation Edith Seltzer	INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIER	RÉGION SUD PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR

FICHE D'INSCRIPTION A LA FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER- MARS 2024

NOM DE NAISSANCE : .....

NOM D'USAGE : .....

PRENOMS : .....

DATE de NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : ..... **Dpt :** .....

SEXE **masculin** ❒ **féminin** ❒

NATIONALITE : .....

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL : ..... **VILLE :**.....

N° TELEPHONE : .....

N° PORTABLE : .....

MAIL :..... **@** .....

RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Pièce d'identité en cours de validité	❒
Titre de séjour valide à l'entrée en formation	❒
Permis B – hors permis probatoire	❒
Curriculum Vitae	❒
L'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance	❒
Un certificat médical de non-contre-indication à la profession d'ambulancier	❒
Certificat médical des vaccinations	❒

Situation actuelle :

Demandeur d'emploi Pôle Emploi ❒
Mission Locale ❒
Cap Emploi ❒
Continuité de parcours scolaire ❒

ASHQ (1 an temps plein minimum) ❒
Agent de service (1 an temps plein minimum) ❒
Formation 70h + 6 mois de service minimum) ❒
Contrat d'apprentissage : ❒
Autre : .....

Je demande mon inscription et j'accepte sans réserve le règlement l'entrée en formation.
Je m'engage également à suivre la totalité de la formation.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées sur ce document.

Les résultats peuvent être diffusés sur le site de l'institut. La règlementation vous autorise à vous opposer à ce que votre nom apparaisse. Merci de cocher la case correspondant à votre choix.

Affichage autorisé ❒ **Affichage non autorisé** ❒ **Fait à ……., le …….**

Signature