



DOSSIER D'ADMISSION EN FORMATION
SECRETAIRE ASSISTANT MEDICO-SOCIAL – 2022/2023
FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Photo d'identité

Nom de naissance : Nom d'épouse :
 Prénoms : Situation familiale :
 Date de naissance : __ / __ / ____ Lieu de naissance :
 Département ou pays de naissance :

ADRESSE	AUTRE RESIDENCE pendant les études
Adresse	Adresse
Code Postal – Ville	Code Postal – Ville
Téléphone fixe : ____ . ____ . ____ . ____ . ____	Téléphone fixe : ____ . ____ . ____ . ____ . ____
Téléphone portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____	Téléphone portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____
Courriel..... @.....	

Permis de conduire : oui non
 Véhicule : oui non
 Distance parcouru domicile / institut (en km):
 Dernier emploi occupé :
 Statut emploi :
 Indemnisé ARE : oui non
 Si oui: Du Au
 Allocataire RSA : oui non
 Allocataire aux autres minima sociaux : oui non
 Travailleur Handicapé : oui non

PERSONNES A PREVENIR PENDANT LA FORMATION

	NOM - PRENOM	LIEN DE PARENTE	NUMERO DE TELEPHONE
Pour mineur ou majeur protégé : Représentant légal			
Pour majeur :			

FINANCEMENT DE LA FORMATION :

Moi-même - Echancier : oui* non (*joindre le justificatif du trésor public)

Employeur* - Précisez : Nom de l'employeur :

(*joindre un engagement de financement)

Pôle Emploi - Numéro d'identifiant Pôle Emploi (obligatoire) :

Autres - Préciser :

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX :

	NOM- Prénom	Date de naissance	Emploi occupé
Conjoint(e)			
Enfant(s)	- - -	- - - -	- - - -

DERNIER DIPLOME OBTENU :

Diplôme	Série ou intitulé	Date du diplôme

Dernière classe suivie :

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date : __ / __ / 20 __

Signature de l'élève :

Identification et signature du responsable légal pour le mineur ou majeur protégé :

Les informations recueillies par l'IFAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative des candidats. L'Agence régionale de Bourgogne, le Conseil Régional de Bourgogne, Pôle emploi et les 4 IFAS de l'Yonne sont destinataires d'informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ces données informatiques font l'objet de différentes enquêtes publiques. Conformément à la loi « Informatiques et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à l'IFMS.

ENGAGEMENT DE FINANCEMENT DE LA FORMATION SECRETARE ASSISTANTE MEDICO-SOCIALE

Je soussigné(e)

m'engage à payer :

1. Les frais de scolarité de la formation Secrétaire Assistante Médico-sociale d'un montant de 3 800 € (trois mille huit cent euros)
2. Les frais de formation en vue de l'obtention de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence d'un montant de 300 € (tarif employeur ou organisme financeur) ou 120 € (si autofinancement).

NB : La signature du présent engagement de payer ne fait pas obstacle à une demande de prise en charge totale ou partielle auprès d'un organisme tiers.

Date : __ / __ / 20 __ Signature de l'élève :

Identification et signature du responsable légal pour le mineur ou majeur protégé :

RAPPEL SUR L'AIDE AU FINANCEMENT

- **Pour les demandeurs d'emploi** : Contacter votre référent Pôle Emploi pour connaître les démarches à effectuer et les conditions de prise en charge.
- **Pour les salarié(e)s** : Contacter votre employeur. Vérifier auprès de l'organisme payeur si votre formation est bien prise en charge. Pour les salariés du secteur privé : se rendre sur le site « mon compte formation » pour créer votre compte personnel de formation.
- **Pour le CPF** : Contacter l'IFMS

AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE

L'Institut de Formations souhaite utiliser des photos et vidéos sur lesquelles vous pourriez apparaître pour :

- ✓ les mettre en ligne sur le réseau Intranet du Centre Hospitalier,
- ✓ dans le cadre des évènements marquants de sa vie institutionnelle,
- ✓ illustrer des activités pédagogiques,
- ✓ communiquer sur ses activités dans les médias locaux.

Dans le respect de la législation quant au droit à l'image et au droit du respect à la vie privée (article 226-1 du Code Pénal et loi n°78-17 du 6 janvier 1978), nous avons besoin de votre accord.

Je soussigné(e), M, Melle, Mme ¹

Autorise ¹ N'autorise pas ¹

... la diffusion de mon image dans le cadre cité ci-dessus, et ce, pour la durée ¹ :

- d'une année scolaire
- des cinq années à venir

Date : __ / __ / 20 __ **Signature de**

L'élève :

Nom, prénom et signature du représentant légal pour les mineurs :

¹ Rayer la mention inutile.

AUTORISATION DE PUBLICATION POUR LES RESULTATS DU TPSAMS

Je soussigné(e), M, Melle, Mme ¹

Autorise ¹ N'autorise pas ¹

... la diffusion de mon nom dans les résultats du jury final sur le site de l'IFMS

Date : __ / __ / 20 __ **Signature de**

L'élève :

Nom, prénom et signature du représentant légal pour les mineurs :

¹ Rayer la mention inutile.

LISTE DES PIECES A FOURNIR POUR LA FORMATION SECRETAIRE ASSISTANTE MEDICO-SOCIALE

- La fiche de renseignements administratifs complétée et signée (2 pages)

- La photocopie **recto - verso** de la Carte Nationale d'Identité ou titre de séjour, **en cours de validité pour l'année de la formation**

- La photocopie Attestation Formation Gestes et Soins d'Urgence s'il y a lieu

- La photocopie de l'Attestation de Sécurité Sociale valide

- L'engagement de financement ci-joint complété et signé (Obligatoire)

- Le document « Autorisation de l'utilisation de l'image », « Autorisation de publication des résultats» et « autorisation d'utilisation de document » complétés et signés

- 1 chèque pour les frais de formation en vue de l'obtention de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence d'un montant de 300 € (tarif employeur et organisme financeur) ou 120€ (tarif étudiant) à l'ordre du trésor public (A fournir le jour de la rentrée)

- 1 enveloppe cartonnée grand format, renseignée à votre adresse, affranchie en tarif recommandé à 7.85 € et un formulaire d'accusé de réception rempli de votre adresse en destinataire et glissé à l'intérieur. (pour l'envoi du diplôme et du livret scolaire).

- 1 copie de votre Pass sanitaire