

# PREPARATION AUX CONCOURS AIDE SOIGNANT (oral)

## I - CRITERES D'ADMISSION

- Etre titulaire, soit d'un :
  - **Baccalauréat ou B.T.A. ou d'un titre ou diplôme homologué minimum niveau V**
  - **B.E.P.A. Services Aux Personnes ou B.E.P Carrières Sanitaires ou Sociales, formation terminée depuis 1 an ou +**
  - **B.E.P.A. Services Aux Personnes ou B.E.P Carrières Sanitaires ou Sociales, ayant un C.A.P.A. S.M.R.**

## II – MODALITES D'INSCRIPTION

- Remplir et signer le bulletin d'inscription au verso
- Retourner le bulletin d'inscription le plus rapidement possible
- L'inscription à la formation devient définitive après l'étude et l'entretien

## III – COUT DE FORMATION Tarif 2016/2017

- Frais d'inscription : 71 euros
- Coût de la formation :
  - 1 186 euros en statut externe
  - 1 400.50 euros en statut demi-pension (repas du midi sur 10 semaines)
  - 1 595.50 euros en statut interne

## IV – PERIODE DE FORMATION

- D'octobre à février



A RETOURNER A LA MAISON FAMILIALE 2, ROUTE PARK AR MENEZ 29100 POUILLAN/MER

Renseignement sur le candidat

- Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Tél. fixe :
Tél. mobile :
Adresse mail :
Date et lieu de naissance :
Nationalité :
Situation familiale :

Pièces à joindre

- Une lettre exprimant votre projet professionnel et vos motivations
1 photo d'identité
1 curriculum vitæ
Photocopies des diplômes obtenus
Photocopie du livret de famille
1 chèque de 71 euros (non remboursable)
1 grande enveloppe timbrée à 250 gr
1 petite enveloppe timbrée à 20 gr
Pour les personnes scolarisées, les copies des bulletins de l'année précédente et en cours

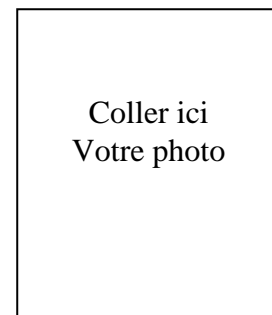
Situation actuelle du candidat

- En formation ou scolarisé(e)
Nom de l'établissement :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Formation :
Diplôme préparé :

- En recherche d'emploi :

- Salarié(e) :
Nom de l'employeur :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Poste occupé :

- Autres :



Coller ici
Votre photo

Table with 2 columns: Candidate/Responsible information (Nom, Prénom, Adresse, Code postal, Ville, Téléphone) and Parent/Responsible information (Profession de la mère, Tél. employeur, Profession du père, Tél. employeur).

Je soussigné(e)..... sollicite mon admission en classe préparatoire aux concours ..... et m'engage à suivre toutes les sessions, tous les stages et l'ensemble des activités organisées dans le cadre de la formation.

Je m'engage à verser les frais de formation. Statut : interne demi-pensionnaire externe (cocher votre choix)

Je m'engage à respecter le contrat de formation.

J'autorise le chef d'établissement ou son représentant à faire appel à un médecin pour donner les soins en cas d'urgence, ainsi qu'à faire hospitaliser si nécessaire.

Fait à..... Le.....

Signature

En cas de candidat mineur
Signature de la personne responsable