

## INSCRIPTION DEAS

### 2023-2024

**A compléter LISIBLEMENT**

**Et à déposer au plus tard le 09/06/2023 cachet de la poste faisant foi**

**ETAT CIVIL :**

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de Naissance : ...../...../.....

Ville de naissance : ..... département de naissance : .....

N° Sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--

Adresse : .....

CP : ..... VILLE : .....

Tél Fixe :

--	--	--	--	--

Tél portable :

--	--	--	--	--

**Mettre obligatoirement un numéro**

Adresse mail : .....

## **SITUATION**

Célibataire ( )

Marié(e) ( )

Pacsé(e) ( )

Concubinage ( )

Etudiant(e) ( )

Demandeur d'emploi : Identifiant Pole Emploi.....

Salarié(e) CDD ( ) Fin de CDD (date prévue) .....

Salarié(e) CDI ( ) Employeur.....

Autre : .....

Si salarié(e), prise en charge financière de la formation prévue par :

Employeur ( )

O.P.C.O (ANFH, TransitionPro) ( )

Rupture conventionnelle (date prévue) ( )

Reconnaissance RQTH ( )

Si vous n'êtes pas lié(e) à un employeur, la prise en charge financière de la formation peut se faire par la Région Grand Est à condition d'être demandeur d'emploi (inscrit à POLE EMPLOI, et ne pas avoir démissionné durant la période de référence soit : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection et le démarrage effectif de la formation)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce formulaire.

Fait à ..... le.....

Signature (Si candidat mineur signature de son représentant légal)

**POUR TOUS LES CANDIDATS**

**Joindre en plus les documents demandés dans le tableau (selon votre situation)**

**Tout dossier INCOMPLET sera rejeté**

IFAS Groupe SOS SANTE  
15 Rue Lemire  
57500 SAINT-AVOLD  
03-87-90-67-40

secretariat-ifas-saint-avold@groupe-sos.org