

Valenciennes, le 21/11/2022

OBJET : Formation « Auxiliaire de Puériculture » – Rentrée Janvier 2023

Madame, Monsieur,

Suite à vos résultats aux épreuves de sélection, ou à votre admission en tant :

- qu'agent des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière ou agent de service,
- qu'apprenti ayant un contrat d'apprentissage,
- ou après un report d'admission l'année antérieure,

Nous aurons le plaisir de vous accueillir en formation «Auxiliaire de puériculture» pour la session 2023.

Le dossier administratif est à constituer dès lors que vous avez confirmé votre inscription en liste principale (soit au plus tard le 24 novembre 2022 minuit) par email à accueil-ifms@ch-valenciennes.fr ou reçu la confirmation écrite de votre admission (ASHQ, ASH, contrat d'apprentissage).

Une pré-rentrée obligatoire aura lieu le :

Mardi 13 décembre 2022 à 9 heures

La rentrée aura lieu le Lundi 9 Janvier 2023 à 8h30

Vous trouverez ci-après le dossier à compléter et la liste des documents et pièces à fournir.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Florence CRISTANTE-CONNAN
Cadre Supérieur de Santé
Adjointe de la Direction



DOCUMENTS A TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT ENTRE LE 24 NOVEMBRE ET LE 2 DECEMBRE 2022

1/ Transmettre par email à accueil-ifms@ch-valenciennes.fr

- La copie de votre carte d'identité en cours de validité (ne pas tenir compte de cette démarche si vous l'avez déjà fournie lors de l'inscription à la sélection).
- La copie de votre carte vitale avec votre numéro de sécurité sociale **personnel**.

2/ Selon les procédures ci-après annexées:

- Transmettre votre photo en suivant la procédure en **annexe 1**

DOCUMENTS A REMETTRE IMPERATIVEMENT LE JOUR DE LA PRE-RENTREE - 13 décembre 2022

1. LES DOCUMENTS MEDICAUX :

Les obligations et la réglementation médicale pour entrer en formation auxiliaire de puériculture sont très rigoureuses ; aussi, nous vous recommandons de vous rapprocher au plus vite de votre médecin traitant et de prendre rendez-vous auprès d'un médecin agréé.

Vous devez fournir impérativement pour le jour de la pré-entrée :

- Le certificat médical en **annexe 2** émanant d'un **médecin agréé** attestant que vous n'êtes atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant(e). La liste est consultable sur le site : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/liste-des-medecins-agrees-en-hauts-de-france>
- L'attestation médicale en **annexe 3** attestant que vous remplissez les obligations d'immunisation et de vaccination prévues par les dispositions du titre 1er du livre 1er de la troisième partie législative du code de la santé publique.

A noter que **les vaccinations doivent être réalisées complètement et non en cours de réalisation.**

LE PARCOURS DE FORMATION :

Précisez le type de cursus d'inscription (*) :

- Cursus intégral
- Cursus partiel

() Une fois que le type de cursus choisi sera enregistré, plus aucun changement ne sera accepté.*

2. LES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS :

- La fiche d'inscription complétée en **annexe 4**
- La fiche de renseignements en **annexe 5**
- Copie de l'original du Diplôme permettant le cursus partiel sauf si celui-ci a été transmis lors de l'inscription à la sélection
- La fiche de la Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi du Travail et des Solidarités (DREETS) Hauts de France en **annexe 6**
- La fiche individuelle du Ministère des finances et des comptes publics en **annexe 7**
- Compléter le tableau en **annexe 8**.

3. MATERIEL PEDAGOGIQUE ET TROUSSEAU PROFESSIONNEL :

Dans le cadre de votre formation et de vos différentes recherches, il est **recommandé** de posséder un ordinateur portable avec webcam, micro et accès internet.

A. Principes de base :

Tout élève auxiliaire de puériculture en stage en service de soins doit revêtir une tenue professionnelle permettant de répondre aux critères suivants :

- prévention des accidents professionnels ; la tenue vestimentaire fait partie intégrante de la démarche ergonomique et sécuritaire du professionnel de santé,
- prévention des infections nosocomiales : l'hygiène corporelle et le changement régulier de tenues professionnelles limitent la transmission de germes,
- appartenance professionnelle : l'élève auxiliaire de puériculture doit adapter sa tenue et son comportement aux exigences de la profession.

B. Modalités pratiques :

Une instruction ministérielle récente demande à chaque terrain de stage d'être en mesure de fournir aux élèves et étudiants une tenue professionnelle. La mise en application se fera au fur et à mesure des possibilités de réactivité des structures d'accueil. Ces établissements ont à organiser et financer cette nouvelle mesure, identifier le besoin, acquérir les tenues, organiser la distribution, intégrer l'entretien dans leur ligne de traitement du linge.

Nous vous conseillons donc de posséder au minimum 2 tenues neuves ou d'occasion pour les stages et les Travaux Pratiques à l'institut.

Si vous possédez déjà des tenues blanches et en bon état de type tunique et pantalon, celles-ci sont valables pour la formation.

Un badge nominatif vous sera fourni par l'Institut de Formation pour l'ensemble des périodes de stage.

A titre indicatif, les tenues professionnelles peuvent être achetées chez le distributeur suivant : **FACON MEDICAL – rue des Frères Lumières – 59300 AULNOY LEZ VALENCIENNES**

Dans le cas où vous ne réalisez pas de commande, il vous appartient d'être en possession de votre tenue pour mi-janvier 2023.

C. Matériel supplémentaire :

Les élèves auxiliaires de puériculture doivent posséder une paire de chaussures blanches, fermées, silencieuses et lavables.

4. FINANCEMENT DE LA FORMATION

A. Demande de bourse du Conseil Régional pour les élèves en poursuite d'études et demandeurs d'emploi indemnisés par Pôle-Emploi :


Toute demande de bourse devra être saisie sur le site du Conseil Régional : <https://aidesindividuelles.hautsdefrance.fr>

B. Demande de rémunération régionale DEFI (→ bénéficiaires de l'Allocation Spécifique de Solidarité ou du Revenu de Solidarité Active ou inscrit(e)s à Pôle Emploi non indemnisés)

Les documents suivants seront à fournir pour la pré-entrée :

- Un RIB mentionnant l'IBAN et le BIC (non manuscrit) à votre nom et prénom
- Vos bulletins de salaire justifiant des heures ou périodes d'activités justifiant au total de 910 heures de travail sur 1 an ou 1820 heures de travail sur 2 ans
- L'avis de situation délivré par le pôle emploi justifiant votre inscription et indiquant que vous ne bénéficiez pas d'indemnités
- Votre livret de famille (si enfant(s) et/ou parent isolé)
- Si vous êtes concernés, votre reconnaissance RQTH
- L'attestation de l'employeur de non versement de l'allocation de perte d'emploi durant la formation pour les anciens agents du public.

C. Prise en charge financière de la formation du coût pédagogique de la Formation :

Public <u>éligible</u> à l'aide financière régionale	Public <u>non éligible</u> à l'aide financière régionale
<p>- Les candidats en poursuite d'études</p> <p>Conditions :</p> <ul style="list-style-type: none">- ne pas être sorti du système scolaire depuis 1 an maximum à l'entrée en formation- ne pas avoir obtenu un diplôme niveau BAC +2 et plus depuis moins d'1 an à l'entrée en formation <p> En cas de contrat de travail temporaire, il ne peut dépasser 151,67 h/mois</p> <p>- Les candidats demandeurs d'emploi indemnisés ou non</p> <p>Conditions :</p> <ul style="list-style-type: none">- inscription à Pôle Emploi avant l'entrée en formation <p>☛ Formalités : remettre avant l'entrée en formation un avis de situation de Pôle-emploi téléchargeable sur votre espace Pôle-emploi</p>	<p>- Les candidats salariés publics ou privés et les professionnels libéraux</p> <p>Conditions :</p> <p>Le coût pédagogique global de 8 008 € est dû par leur employeur, les Opérateurs de Compétences (OPCO) ou par l'intéressé lui-même</p> <p>☛ Formalités :</p> <p>Fonction Publique Hospitalière</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Attestation de l'employeur qui prend en charge le coût de formation<input type="checkbox"/> Etablissement d'une convention de Formation entre l'Institut, l'Etablissement hospitalier ou structure de soins et l'intéressé

Procédure d'envoi de la photo pour la carte Professionnelle caducée



1. À partir de votre adresse email, envoyez votre photo à :
photoleve@ch-valenciennes.fr
2. Dans l'objet du mail, précisez PROMOTION/NOM/PRENOM/DATE DE NAISSANCE
3. Joindre 1 photo d'identité en format **JPEG**

Uniquement ces formats, avec une taille minimale de 1500 x 1500 pixels.

Attention, si votre photo n'est pas conforme à la demande ci-dessus, vous serez contacté sur votre adresse e-mail.

Surveillez donc vos courriels.

Cette carte professionnelle vous permet :

- L'accès à l'IFMS
- L'accès au SELF
- L'activation des entrées lors de vos stages au CHV

**INSTITUTS DE FORMATION AIDE-SOIGNANT(E)
AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**

- Elève entrant en formation aide-soignant(e)
 Elève entrant en formation auxiliaire de puériculture

ATTESTATION MEDICALE MEDECIN AGREE

Je soussigné(e) :médecin agréé, certifie que :

Nom :

Nom de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) :

Prénom :

Date de naissance :

(Cochez la case correspondante) :

- Ne présente aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il/elle se destine.
- Présente une affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il/elle se destine.

Date :

Signature :

Cachet :

ATTESTATION MEDICALE (Vaccinations)

TEXTES DE REFERENCE :

Arrêté du 6 Mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L3111.4 du code de la santé publique.

Arrêté du 2 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'Article L3111.4 du code de la santé publique

Décret du 27 Février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 Juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG

Instruction interministérielle du 07/09/21 : obligations vaccinales contre la Covid des étudiants et élèves en santé

Je soussigné(e) : Docteur en médecine, certifie que :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) :

Date de naissance :

En Formation : Infirmier de ...année d'études Aide-Soignant Auxiliaire de Puériculture

● **A été vacciné(e) : Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

OBLIGATOIRE POUR ENTRER EN FORMATION

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° Lot

● **A été vacciné(e) : Contre l'hépatite B : OBLIGATOIRE POUR ENTRER EN FORMATION**

Immunisé(e) contre l'hépatite B

Ou

Non répondeur (se) présumé avec surveillance annuelle des marqueurs sériques de l'hépatite B

● **La vaccination par le BCG n'est plus obligatoire** (décret n° 2019-149 du 27 Février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 Juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG)

Le résultat de la dernière IDR doit être reporté ci-dessous. Il servira de référence en cas de contact avec le bacille de la tuberculose.

IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

● **La vaccination contre la Covid (2 injections + un rappel) joindre attestation vaccinale ameli**

Date :

Signature et cachet du médecin :



L'attestation ne peut être annotée « en cours de vaccination ». Les vaccinations doivent être réalisées complètement pour l'entrée en Formation.

FICHE D'INSCRIPTION

(MERCİ D'ECRIRE LISIBLEMENT EN MAJUSCULE)

Nom : Nom marital : Prénom :

Sexe : Masculin Féminin Autre

Né(e) le : à :

Département : Nationalité :

N° de Sécurité Sociale : ___/___/___/___/___/___/___

Adresse :

Code Postal : Ville :

Portable : ___/___/___/___/___ Fixe : ___/___/___/___/___

Email personnel :

Email professionnel :

Personne à contacter en cas d'urgence:

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

IDENTITE	Nom de naissance	
	Nom d'usage	
	Prénom principal	
	Prénom 2	
	Prénom 3	
	Date de naissance	
	Code postal de naissance	
	Téléphone portable	
	Téléphone fixe	
	Courriel	
	Adresse	
	Code postal	
	Commune	
Numéro de sécurité sociale		
SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION	<input type="checkbox"/> à la recherche d'un emploi <input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> en poursuite d'études	
STATUT A L'ENTREE EN FORMATION	<input type="checkbox"/> activités bénévoles (engagement citoyen) <input type="checkbox"/> agent consulaire <input type="checkbox"/> apprenant en formation de parcours initial <input type="checkbox"/> fonctionnaire <input type="checkbox"/> intermittent du spectacle <input type="checkbox"/> non connu <input type="checkbox"/> Personne en Contrat de Sécurisation Professionnelle <input type="checkbox"/> Travailleur en ESAT <input type="checkbox"/> Travailleur non Salarie <input type="checkbox"/> Autre	
TYPE DE CONTRACTUALISATION	<input type="checkbox"/> CDD Contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> CDI Contrat à durée indéterminée <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage (alternance) <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation (alternance) <input type="checkbox"/> Contrat de Sécurisation professionnelle (CSP) <input type="checkbox"/> Intérimaire (mission d'intérim)	
SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION (hors poursuite d'études)	Année de sortie de formation initiale	
	Dernier employeur ou emploi occupé	
	Date de fin ou de rupture de contrat	
	Motif de fin de contrat	
	Secteur d'activité du candidat	

DEMANDEUR D'EMPLOI Situation à l'entrée en formation	Date d'inscription à Pôle Emploi	
	Numéro d'identifiant Pôle Emploi	
	Demandeur d'emploi indemnisé?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
SALARIE Situation à l'entrée en formation	Siret de l'employeur	
	Catégorie socio-professionnelle	<input type="checkbox"/> agriculteurs exploitants <input type="checkbox"/> artisans, commerçants, chefs d'entreprise <input type="checkbox"/> cadres et professions intellectuelles supérieures <input type="checkbox"/> employés <input type="checkbox"/> ouvriers <input type="checkbox"/> professions intermédiaires
	Particulier employeur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Raison sociale de l'employeur	N°URSSAF
	Ville de l'employeur	
SALARIE EN APPRENTISSAGE Situation à l'entrée en formation	Date de début du contrat d'apprentissage	
	Date de fin du contrat d'apprentissage	
CARACTERISTIQUES	Titulaire RQTH	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Niveau scolaire à l'entrée en formation	<input type="checkbox"/> 1ère ou 2ème année de DEUG, DUT, BTS école des formations sanitaires et sociales <input type="checkbox"/> 2de, 1ère ou 2ème année de CAP ou BEP <input type="checkbox"/> 3ème ou 1ère année de CAP BEP <input type="checkbox"/> classes de 2ème ou 3ème cycle de l'enseignement supérieur <input type="checkbox"/> terminale
	Niveau de certification maximum au moment	<input type="checkbox"/> Niveau 1 (sans niveau spécifique) <input type="checkbox"/> Niveau 2 (sans diplôme ou Diplôme du Brevet) <input type="checkbox"/> Niveau 3 (CAP,BEP,...) <input type="checkbox"/> Niveau 4 (BP, BT, bac pro ou techno) <input type="checkbox"/> Niveau 5 (BTS, DUT, etc...) <input type="checkbox"/> Niveau 6 (licence, master1) <input type="checkbox"/> Niveau 7 (Grade master) <input type="checkbox"/> Niveau 8 (Doctorat, etc...)



IDENTIFICATION DU CANDIDAT

(Institut)

Nom de Naissance (en majuscule) :.....

Nom Marital :

Prénoms (tous les prénoms) :

.....

Date de Naissance :

Lieu de naissance :

Département de naissance (en toutes lettres) :

.....

OU

Pays:

Adresse :

.....

FICHE INDIVIDUELLE A FAIRE COMPLETER PAR L'ETUDIANT
Formation aux professions sanitaires

Ministère des finances et des comptes publics
Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes
Ministère du travail, de l'emploi de la formation professionnelle et du dialogue social

Ecole / Institut de formation :	IFMS CH VALENCIENNES		
Formation :	INFIRMIERE		
Mois et année de la rentrée actuelle	Mois	JANVIER	Année <input type="text" value="2023"/>

Nom Prénoms	<input type="text"/>
-------------	----------------------

QUESTIONS CONCERNANT TOUS LES ETUDIANTS AYANT EFFECTUE UNE RENTREE SCOLAIRE EN 2023

Identifiant National Étudiant (INE) ou numéro BEA Ce numéro est précisé sur votre relevé de notes au baccalauréat (B.E.A.) ou sur votre ancienne carte d'étudiant (I.N.E.).	<input type="text"/>
---	----------------------

Année de formation	<input type="checkbox"/> 1- 1ère année <input type="checkbox"/> 2- 2ème année <input type="checkbox"/> 3- 3ème année	Redoublant en 2023	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
--------------------	--	--------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Mois et année de la <u>1ère entrée</u> dans la formation suivie actuellement	Mois	<input type="text"/>	Année	<input type="text"/>
--	------	----------------------	-------	----------------------

Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre	Date de naissance	<input type="text"/>
------	---	-------------	---	-------------------	----------------------

Quel est votre statut actuellement ? <i>(cochez une seule case)</i> <input type="checkbox"/> 1- Etudiant / élève sans autre statut <input type="checkbox"/> 2- Apprenti <input type="checkbox"/> 3- Salarié du privé ou Congé Individuel de Formation (CIF) <input type="checkbox"/> 4- Agent de la Fonction Publique (titulaire, contractuel ou vacataire) ou Congé de Formation Professionnelle (CFP) <input type="checkbox"/> 5- Demandeur d'emploi

De quelles prises en charge financières bénéficiez-vous ? <i>(cochez 2 cases au maximum)</i> <input type="checkbox"/> 1- Aucune aide financière <input type="checkbox"/> 2- Etudiants : bourse ou autre aide financière du Conseil Régional <input type="checkbox"/> 3- Etudiants : bourse d'un Conseil Départemental (ex Conseil Général) ou d'un autre organisme <input type="checkbox"/> 4- Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> 5- Salariés du privé : contrat de professionnalisation <input type="checkbox"/> 6- Salariés du privé ou agents de la Fonction Publique : contrat aidé <input type="checkbox"/> 7- Salariés du privé ou agents de la Fonction Publique : formation continue <input type="checkbox"/> 8- Salariés de la Fonction Publique Hospitalière : promotion professionnelle <input type="checkbox"/> 9- Congé Individuel de Formation ou Congé de Formation Professionnelle <input type="checkbox"/> 10- Demandeurs d'emploi (qui bénéficient indemnité chômage/allocation de retour à l'emploi/allocation formation) <input type="checkbox"/> 11- Allocations d'études (pour les formations en soins infirmiers, en masso-kinésithérapie ou de manipulateur d'électroradiologie médicale) <input type="checkbox"/> 12- Autre prise en charge <input type="checkbox"/> 13- Demande de prise en charge en cours
--

Nom de l'organisme qui vous a versé l'aide financière principale	<input type="text"/>	<i>(si vous bénéficiez d'au moins une aide financière)</i>
--	----------------------	--

Votre situation à l'entrée en formation vous a-t-elle permis de bénéficier d'une :

Dispense partielle de formation suite à VAE ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Dispense partielle de formation hors VAE ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
(y compris allègement en 1 ^{ère} année ou entrée directe en 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} année par exemple)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

QUESTIONS NE CONCERNANT QUE LES NOUVEAUX INSCRITS EN 2023

Code du département d'habitation 12 mois avant la formation ¹

Code du département d'habitation à la fin des études secondaires (collège ou lycée) ¹

¹ Corse : 2A ou 2B.

Départements d'outre-mer : 9A pour Guadeloupe, 9B pour Martinique, 9C pour Guyane, 9D pour Réunion, 9F pour Mayotte
Autres territoires d'outre-mer : 97 pour Saint-Pierre Miquelon et 98 Afrique et terres australes, Wallis et Futuna et Nouvelle Calédonie
99 pour étranger

Avez-vous interrompu vos études pendant plus d'un an pour exercer une activité rémunérée

OUI

NON

Professions de vos parents (ou tuteur) lorsque vous étiez au collège ²

² Attention : il s'agit de la dernière profession exercée pour les parents retraités, décédés ou en recherche d'emploi.
Cette donnée sociologique nous est très précieuse pour étudier les transformations des filières du sanitaire et social et de nombreux chercheurs dans ce domaine attendent de pouvoir l'analyser.

Elle nous est utile même dans le cas où vous êtes marié(e) ou bien êtes vous-même devenu(e) parent.

Cocher une seule case par colonne, en vous référant au tableau des professions ci-dessous

- | Père | Mère | Tuteur |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1- Agriculteur | <input type="checkbox"/> 1- Agriculteur | <input type="checkbox"/> 1- Agriculteur |
| <input type="checkbox"/> 2- Artisan, commerçant et chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> 2- Artisan, commerçant et chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> 2- Artisan, commerçant et chef d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> 3- Cadre et profession intellectuelle du supérieur | <input type="checkbox"/> 3- Cadre et profession intellectuelle du supérieur | <input type="checkbox"/> 3- Cadre et profession intellectuelle du supérieur |
| <input type="checkbox"/> 4- Profession intermédiaire | <input type="checkbox"/> 4- Profession intermédiaire | <input type="checkbox"/> 4- Profession intermédiaire |
| <input type="checkbox"/> 5- Employé | <input type="checkbox"/> 5- Employé | <input type="checkbox"/> 5- Employé |
| <input type="checkbox"/> 6- Ouvrier | <input type="checkbox"/> 6- Ouvrier | <input type="checkbox"/> 6- Ouvrier |
| <input type="checkbox"/> 7- Inactif (n'a jamais travaillé) | <input type="checkbox"/> 7- Inactif (n'a jamais travaillé) | <input type="checkbox"/> 7- Inactif (n'a jamais travaillé) |

Tableau des professions :

Liste détaillée	Liste simplifiée	Code
Agriculteur exploitant	Agriculteur	1
Artisan Commerçant et assimilé Chef d'entreprise de dix salariés ou plus	Artisan, commerçant et chef d'entreprise	2
Profession libérale Cadre de la fonction publique Professeur et assimilé Profession information, arts, spectacles Cadre administratif et commercial d'entreprise (1) Ingénieur- cadre technique d'entreprise	Cadre et profession intellectuelle du supérieur	3
Instituteur et assimilé Profession intermédiaire santé-travail social (2) Clergé, religieux Profession intermédiaire adm.-commerce-entr; Technicien Contremaître, Agent de maîtrise	Profession intermédiaire	4
Employé civil-Agent service fonction publique (3) Policier et militaire Employé administratif d'entreprise (4) Employé de commerce (5) Person. service direct aux particuliers (6)	Employé	5
Ouvrier qualifié Ouvrier non qualifié Ouvrier agricole	Ouvrier	6
Père (ou mère) n'ayant jamais travaillé	Inactif	7

(1) Cadre chargé d'études économiques, du recrutement, de la formation, de gestion courante des services financiers, chef de produit, cadre de banque, d'assurance...

(2) Infirmier, puéricultrice; sage-femme, rééducateur, préparateur en pharmacie, assistante sociale, éducateur, conseiller familial...

(3) Agent de la Poste, des impôts, du Trésor, des Douanes, aide soignant, agent de service hospitalier.

(4) Secrétaire, dactylo, opératrice de saisie, standardiste, employé de service comptable, financier ou juridique, employé de banque, d'assurance, hôtesse d'accueil...

(5) Vendeur en gros de biens d'équipements, en alimentation, en ameublement, photos, employé de libre service, caissier de magasin, pompiste...

(6) Employé dans la restauration, coiffeur, esthéticien, assistante maternelle, employé de maison, gardien d'immeuble, technicien de l'intervention sociale et familiale...

PERIODES ANTERIEURES DE STAGE OU D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Compléter le tableau ci-dessous en précisant :

- vos activités professionnelles antérieures
- vos stages supérieurs à 2 semaines

Nom :

Prénom :

Etablissement de santé / structure de soins	Poste occupé	Période du... au ...	Contrat (CDD-CDI – autres à préciser exemple stage)

Si vous avez des proches (familles/amis) qui travaillent **dans un établissement de santé ou structure de soins**, merci de noter ci-dessous les structures concernées :

-
-
-