

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité : Nom patronymique : Nom d'usage (marital) : Prénoms : Adresse postale : CP : Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

Célibataire

Veuf(ve)

Marié(e)/Pacsé(e)

Divorcé(e)

Vie maritale

Date de naissance : Téléphone fixe : Téléphone portable : Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ? Adresse électronique :

Statut avant l'entrée en formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

Etudiant(e) en poursuite d'études

Salariné(e)

Demandeur d'emploi

Autres

Frais de formation pris en charge par : (cochez la case correspondant à votre situation)

Région Grand Est

OPCA/OPACIF

Région Grand Est (dérogatoire)

Employeur

A titre personnel

Autres

Coordonnées de l'organisme finançant les frais de formation :

Rémunération et autres aides dont je bénéficie ou suis susceptible de bénéficier durant la formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

Bourse de la Région

Contrat en alternance (apprentissage, contrat professionnalisation)

Indemnités de chômage (ARE, ASS, RFF, ASR,...)

Allocations d'études

Minima sociaux et autres allocations (RSA,...)

Autres types d'aides publiques (LADOM...)

Promotion professionnelle hospitalière

Aucune aide financière

Plan de formation de l'employeur

Autre(s) prise(s) en charge

Congé individuel de formation

Coordonnées de l'organisme finançant ou sollicité pour financer la rémunération et/ou d'autres aides :

SITUATION DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION

Pièces à produire à l'institut quel que soit le profil de l'apprenant :

- curriculum vitae actualisé récapitulant les antécédents professionnels depuis la sortie du système scolaire
- copie du dernier diplôme

PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série

Dernières études suivies :

Année scolaire	Intitulé de la formation	Etablissement

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Dernier emploi exercé avant l'entrée en formation (employeur principal en cas de cumul d'activités) :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat*	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat**	Date de fin ou de rupture de contrat

*Type de contrat - choisir parmi les options suivantes : CDI, CDD, Fonctionnaire, Intérim, Contrat en alternance, Contrat aidé, Service civique ou volontaire, Autre

**Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Conv. de reclast personnalisé (CRP), Démission, Démission contrat 18 h/sem au maxi, Démission légitime, Licenciement, Rupture conventionnelle/amiable, Fin de contrat

Situation (de la plus récente à la plus ancienne) au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence comprise entre la date de clôture des inscriptions au concours (année de réussite) et le démarrage de la formation, soit :

du : []

au : []

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat*	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat**	Date de fin ou de rupture de contrat

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal



ATTESTATION SUR L'HONNEUR



Je soussigné(e) : [redacted] déclare avoir pris connaissance :

- du coût de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation : 6370,00 €

Autres frais à charge de l'apprenant : 170 euros

- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations sanitaires)

- et j'atteste :

remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :

- Jeune de -26 ans en poursuite d'études
- Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période comprise entre la date de clôture des inscriptions au concours et le démarrage de la formation
- Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire
- Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 6 mois avant l'entrée en formation à l'exclusion des personnes travaillant dans le secteur sanitaire et social ou bénéficiaire d'un contrat de droit public

financer la formation à titre personnel selon les modalités de règlement définies par l'institut de formation, étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier d'une prise en charge par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (CIF, CFP, plan de formation employeur...)

- intégrale
- partielle et m'engage à financer le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur : [redacted]

Je m'engage à :

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de formation ou par la Région dans un délai de 15 jours ;
- remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à : [redacted]

Le : [redacted]

Signature de l'apprenant ou du responsable légal