

# DOSSIER D'INSCRIPTION

2018-2019

## PREPARATION AU CONCOURS AIDE-SOIGNANT

NOM :

PRENOM :



*L'ESSE est agréée H+. Cela signifie que nous proposons un accompagnement spécifique aux personnes en situation de handicap. Si vous êtes concerné(e) et que vous souhaitez un échange afin d'envisager d'éventuelles adaptations de la sélection/formation, merci de prendre contact par mail avec la Référente H+ [bleton@esse.fr](mailto:bleton@esse.fr)*

Le sémaphore - 20 rue de la Claire - CP 320 - 69337 Lyon cedex 09  
Tél. : 04 78 83 40 88 - Fax. : 04 78 64 64 29 - [contact@esse.fr](mailto:contact@esse.fr)

## Merci de cocher le choix de la préparation

CHOIX	PREPARATIONS	TARIFS	MONTANT DE L'ACOMPTE
	AS ECRIT	945,00 €	283,50 €
	AS ORAL	560,00 €	168,00 €
	ECRIT + ORAL <b>Vos frais d'inscription            au concours AS à            l'ESSSE remboursés</b>	1 505,35 €	451,61 €
	ORAL INTENSIF BACS PROS ASSP / SAPAT	394,80 €	394,80 €



## DOSSIER D'INSCRIPTION : 2018/2019

### ETAT CIVIL

**NOM** : Mme / Melle / Mr ..... **Prénom** : .....

**Date de naissance** : ..... **Nationalité** .....

**Adresse actuelle** : .....

.....

**E.mail** : .....

**Téléphone fixe** : .....

**Portable** : .....

**Numéro de Sécurité Sociale de la personne qui assure la couverture sociale** (*joindre justificatif*)

.....

## SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION

**Lycéen(ne) ou Etudiant(e)**

**Lycéen(ne) – Baccalauréat préparé**.....

*(joindre les 3 derniers bulletins de notes)*

**Etudiant(e) - Etudes en cours :** .....

**Salarié(e)**

Type de contrat : CDI

CDD  du ..... au .....

Autres : .....

**Coordonnées de votre employeur :**

**Raisons sociale**.....

**Adresse**.....

.....

**Nom Prénom du responsable** .....

**Fonction**.....

**Tel**..... **Mail**.....

Effectuerez-vous la formation pendant votre temps de travail

en dehors votre temps de travail

**Demandeur d'emploi**

**Inscrit(e) au Pôle Emploi**  oui  non

**Indemnisé(e) par le Pôle Emploi**  oui  non

Depuis le ..... jusqu'au.....

**Inscrit(e) en Mission Locale**  oui  non

**Autre situation**

Précisez .....



## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

Vous êtes-vous déjà présenté(e) au concours aide soignant:     oui     non

Quelle année : .....

Dans quel établissement : .....

## COUT DE LA FORMATION FINANCE PAR :

Vous-même

**A réception de votre dossier d'inscription dûment complété, accompagné des différentes pièces et après étude de celui-ci,**

- Nous vous adresserons un contrat de formation professionnelle qui sera à nous retourner signé. Votre inscription sera définitive à réception du contrat signé, le chèque sera encaissé dans un délai de 10 jours.
- En cas de réussite à un concours santé à l'ESSSE, nous vous rembourserons le montant du chèque d'acompte sur demande écrite accompagné de la notification du résultat.
- Les modalités du paiement du solde du coût de la formation seront précisées dans le contrat de formation professionnelle. Le solde sera prélevé mensuellement. L'échéancier et le document SEPA vous seront adressés ultérieurement.

Employeur

*Joindre l'engagement de prise en charge de l'employeur.*

**A réception de votre dossier d'inscription dûment complété, accompagné des différentes pièces et après étude de celui-ci,**

- Nous adresserons à votre employeur une convention de formation professionnelle

Autre

Préciser.....

.....

*Joindre l'engagement de prise en charge correspondant.*



## Liste des pièces à joindre

- Lettre de motivation
- Curriculum-vitae à jour
- 1 photo d'identité avec vos nom et prénom au verso
- 1 chèque d'acompte
- Attestation d'assurance Responsabilité civile datée de moins de 3 mois
- Attestation de Sécurité Sociale datée de moins de 3 mois
- Engagement de prise en charge employeur (ou autre)

**Le Dossier d'inscription est à retourner, complété et signé, accompagné de toutes les pièces demandées ci-dessus à :**

**ESSSE  
Service Admission  
Immeuble le sémaphore  
20, rue de la Claire  
CP 320 69337  
LYON CEDEX 09**

Tout dossier incomplet ne sera pas retenu.

Un accusé de réception de votre dossier vous sera adressé en retour par email.

**Date**

**Signature**

