



Strasbourg, le 01 juillet 2025

Madame, Monsieur,

Vous êtes admis(e) dans notre Institut pour suivre la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant(e) pour la **rentrée du vendredi 29 août 2025 à 9 heures**.

Il vous appartient maintenant de constituer **votre dossier définitif d'inscription** et de le déposer **au plus tard le 30 juillet 2025** .

Pour les candidats admis, vous pouvez d'ores et déjà venir **déposer votre dossier d'inscription définitif COMPLET** :

- le vendredi 18 juillet 2025 de 9h à 12h et
- le vendredi 25 juillet 2025 de 9h à 12h.

Pour ces deux jours, une permanence sera organisée **sans prise de RDV, à l'accueil de l'IFSI**.

Vous avez également la possibilité de **déposer votre dossier COMPLET** en prenant rendez-vous **au préalable** par téléphone au **03 88 21 70 45**.

Pour les candidats sur liste complémentaire contactés ultérieurement, le dossier est à télécharger sur notre site internet www.ifsivhs.org ou à récupérer à l'IFSI St Vincent et devra être retourné COMPLET à l'institut, en prenant **OBLIGATOIREMENT** un rdv au 03 88 21 70 45 pour le mois d'Août (règlement des droits de scolarité possible sur place par carte bancaire lors du rdv).



Fermeture de l'institut du 01/08/2025 au 17/08/2025

Un certificat de scolarité vous sera délivré le premier jour de la rentrée scolaire.

Pour le jour de la rentrée, vous devrez créer une adresse mail selon le modèle suivant :

• Pour les personnes de sexe féminin :
nomdejeunefille.prénom2425@gmail.com (Exemple : dupont.celine2425@gmail.com)

• Pour les personnes de sexe masculin :
nomdefamille.prénom2425@gmail.com (Exemple : dupont.marc2425@gmail.com)

De plus, compte tenu de la possibilité d'un enseignement à distance par intermittence, il conviendra de penser à vous équiper de matériel informatique vous permettant de suivre les cours et de vous assurer d'avoir une bonne connexion au réseau Wifi.

En vous souhaitant une agréable trêve estivale, et au plaisir de vous accueillir à la rentrée, je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

Jean-Francois JEZEGOU
Directeur



**PIÈCES À FOURNIR
POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION
EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE – Rentrée 2025**

Dossier à nous remettre **complet**

Pour les candidats admis sur liste principale au plus tard **le 30 juillet 2025** :

- **sans rendez-vous** aux permanences tenues à l'IFAS :
 - **Le VENDREDI 18 JUILLET 2025 de 9h à 12h et**
 - **Le VENDREDI 25 JUILLET 2025 de 9h à 12h**
- **en prenant rendez-vous par téléphone au 03 88 21 70 45.**

Pour les candidats sur liste complémentaire contactés ultérieurement, merci de prendre rendez-vous au secrétariat de l'IFAS également.

Votre dossier devra être accompagné d'un **chèque de 135€ à l'ordre de l'IFSI Saint-Vincent** en règlement des droits de scolarité de 100€ et des frais de gestion de 35€ (tarifs 2025-2026). **Merci de noter vos Nom et Prénom au dos du chèque.**

***Aucun dossier incomplet ne sera accepté
Aucun remboursement ne sera effectué en cas de désistement***



DOSSIER ADMINISTRATIF

- Fiches d'inscription** (2 pages) complétées avec photo collée par vos soins.
- Droit à l'image.**
- Autorisation de mise en ligne.**
- 1 photo d'identité couleur** normalisée (3,5 x 4,5 cm) (attention : notez au dos vos nom et prénom).
- Attestation d'assurance « responsabilité civile »** (généralement comprise dans l'assurance de votre lieu d'habitation).
- Photocopie recto/verso** d'un document d'identité (carte d'identité, passeport ou titre de séjour) en cours de validité à la rentrée, en couleur, lisible, portant la mention « certifiée conforme à l'original » datée, signée.
- Photocopie des diplômes** obtenus (le cas échéant) certifiée conforme à l'original, datée et signée par vos soins.

CURSUS SCOLAIRE

Nom de l'Etablissement	Année d'obtention	Diplômes obtenus (précisez la filière)
		<input type="checkbox"/> BAC Général <input type="checkbox"/> BAC PRO ASSP <input type="checkbox"/> BAC PRO SAPAT <input type="checkbox"/> Titre professionnel ADVF <input type="checkbox"/> Titre professionnel ASMS <input type="checkbox"/> DEAES <input type="checkbox"/> DARM <input type="checkbox"/> DEA <input type="checkbox"/> DEAP <input type="checkbox"/> Sans diplôme ou sans qualification

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

Employeur et adresse de l'établissement	Fonction occupée	Contrat			
		Type (CDD/CDI/intérim...)	Date début	Date fin	Motif de fin (fin de CDD, licenciement, rupture conventionnelle...)

Je soussigné(e) Mme, M. : _____ certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Date :

Signature :

Signature des parents pour les mineur(e)s
(Précisez le lien avec l'étudiant(e))



Droit à l'image

(CODE CIVIL Article 9 – CODE PENAL Article 226-1)

Je soussigné(e) :

Nom de naissance:

Prénom :

Elève de l'IFAS ST VINCENT, de la promotion : **AS 2025/2026**

Reconnais avoir été informé(e) que l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et aide-soignante Saint Vincent de Strasbourg :

- Pourra effectuer, dans le cadre de différentes activités pédagogiques, des photographies et vidéos de ma personne,
- Pourra exploiter la/les photographie(s)/vidéo(s) sur laquelle je suis reproduit(e) dans un cadre exclusivement pédagogique,

A compter de la rentrée scolaire et pendant toute la durée de mon cursus de formation.

Je m'engage à :

- Ne pas faire usage des images de groupe ou d'images d'autres élèves à l'extérieur de l'Institut (réseaux sociaux...)
- Ne pas diffuser, de quelque manière que ce soit, l'image des personnels de l'Institut et des personnes prises en soins et personnels en stage.

Je dégage la responsabilité de l'Institut en cas de non-respect de ces dispositions.

J'en accepte les conditions citées ci-dessus.

Fait à _____ le _____ 2025

Signature de l'étudiant(e)



Autorisation de mise en ligne des résultats lors de la diplomation

Je soussigné(e) _____ ,

Inscrit(e) à la formation aide-soignante pour la rentrée du 29 août 2025,

- Autorise lors de la diplomation *
- N'autorise pas lors de la diplomation à la mise en ligne des résultats *

Fait à _____ le _____ 2025

Signature de l'étudiant(e)

** Rayer la mention inutile*



DOSSIER MÉDICAL

- Prévention des risques liés à la formation.**
- Certificat médical de vaccination complété par le médecin traitant.**
- Certificat médical d'aptitude établi par un médecin agréé.**
- Résultats de sérologie de l'hépatite B, si déjà effectuée.**

LES VISITES MÉDICALES

1. Consultation de votre médecin traitant pour compléter le certificat médical de vaccination (cf pièce jointe)
2. Prise de rendez-vous pour votre visite obligatoire (en précisant lorsque c'est possible qu'il s'agit d'une visite en vue de l'admission en IFAS) :
 - soit au Service de Santé Etudiante (SSE) 6, rue de Palerme à Strasbourg
 - soit à l'antenne du Service de Santé Etudiante 72, route du Rhin (arrêt de tram Campus Illkirch) à Illkirch-Graffenstaden.

Des créneaux seront ouverts sur Doctolib jusqu'au 11 juillet 2025 et à partir du 20 août 2025.
Vous pouvez également prendre rendez-vous en flashant l'un des QR codes suivant :



SSE Esplanade



SSE Antenne Illkirch

Merci de vous munir impérativement des documents suivant lors de cette consultation :

- carnet de santé ou carnet de vaccination
 - si déjà faite : résultat de sérologie hépatite B
 - certificat médical de vaccination complété par le médecin traitant
3. Consultation d'un médecin agréé, une liste est disponible sur le site de l'ARS :
<https://www.grand-est.ars.sante.fr/medecins-agrees-17>

Une visite au SSE ne remplace pas une visite chez un médecin agréé.

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION

1. Conformément à l'Article 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

*« L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté est subordonnée : a) A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ; b) A la production, **au plus tard le jour de la première entrée en stage**, d'un certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ».*

2. Article L3111-4 du code de santé publique

*« Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé (...) qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, **doit être immunisé contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite** ».*

3. Arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3114-4 du code de la santé publique

Article 2 : *« Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1er de l'arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique. Au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement et, au plus tard, avant de commencer leurs stages dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, ils apportent la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L.3111-4. **A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.** ».*

Article 3 : *« La preuve de l'immunisation contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (...) est apportée par la présentation d'une **attestation médicale de vaccination précisant la dénomination des spécialités vaccinales utilisées, les numéros de lots ainsi que les doses et les dates des injections.***

La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B est apportée par la présentation d'une attestation médicale établie dans les conditions définies en annexes I et II du présent arrêté. ».

Annexe 1 : conditions d'immunisation contre l'hépatite B

« Les personnes [...] sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B si elles produisent une attestation médicale comportant un résultat, même ancien, indiquant la présence, dans le sérum, d'anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 100UI/l.

Si les personnes [...] ne présentent pas le résultat mentionné, il est effectué un dosage des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs en vue de la délivrance d'une attestation médicale attestant ou non de l'immunisation contre l'hépatite

- *Les anticorps anti-HBc ne sont pas détectables dans le sérum. »*

Et

- *« la vaccination a été menée à son terme selon le schéma en vigueur dans le calendrier vaccinal. »*

Et

- *« le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est supérieur ou égal à 10 UI/l :*

La personne est considérée comme définitivement protégée contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire. ».

- 4- Circulaire DGS/SD5C n°2004-373 du 11 octobre 2004 relative à la pratique des tests tuberculiques

« L'IDR » ou Tubertest « doit être réalisée [...] comme test de référence dans le cadre de la surveillance des membres des professions à caractère sanitaire ou social exposés à la tuberculose (professions énumérées aux articles R. 3112-1 et R. 3112-2 du code de la santé publique) ».

5. Article R4626-23 modifié par décret n°2015-1588 du 4 décembre 2015 – art. 25

« Le médecin du travail prévoit les examens complémentaires adaptés en fonction des antécédents de la personne, du poste qui sera occupé et dans une démarche de prévention des maladies infectieuses transmissibles. ».

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION

Nom et Prénom de l'élève :

Date de Naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

VACCINATIONS ET EXAMENS OBLIGATOIRES pour l'admission en formation d'infirmier(e) ou d'aide-soignant(e) :

	Date	Nom du vaccin
Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, coqueluche		

Vaccination contre l'hépatite B					
Primo-vaccination	Date	Nom du vaccin	Rappels (si besoin)	Date	Nom du vaccin
1 ^{ère} injection			1 ^{er} rappel		
2 ^{ème} injection			2 ^{ème} rappel		
3 ^{ème} injection			3 ^{ème} rappel		

Sérologie hépatite B		
	Date	Résultat
Anticorps anti-HbS		
Anticorps anti-HbC		

	Date	Taille de l'induration en mm	Présence de phlyctènes
Test tuberculique de moins de 3 mois			

VACCINATIONS RECOMMANDEES pour l'admission en formation d'infirmier(e) ou d'aide-soignant(e) :

	Date	Nom du vaccin
Rougeole Oreillon Rubéole 1 et 2		
Infections à méningocoque C		
Varicelle 1 et 2 en l'absence d'antécédent et si sérologie négative		
Hépatite A 1 et 2		
Grippe		
COVID 1,2 et 3		

<u>Observations du médecin traitant :</u>	Cachet avec nom, adresse et signature du médecin
--	---

<u>Observations du médecin agréé - Certificat Médical d'Aptitude :</u> Cachet avec nom, adresse et signature du médecin
--

Fait à : _____ le : _____ / 2025



Prévention des risques liés à la formation et à l'exercice soignant

Je soussigné(e) :

Madame * / Monsieur * _____

Elève à l'IFAS Saint Vincent,

- Déclare avoir été averti(e) que la Formation Aide-soignante comporte des risques, entre autres de contamination et d'infection, et en être conscient(e).
- M'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour les prévenir, en application des enseignements reçus et des mesures universelles de prévention des accidents.

En outre, la Direction de l'IFAS/l'IFSI, ainsi que le médecin désigné par celle-ci prendront toute décision médicale ou chirurgicale en cas d'urgence.

Fait à _____ le _____ 2025

Signature de l'étudiant(e)

Signature des parents pour les mineur(e)s

** Rayer les mentions inutiles*

DOSSIER DE FINANCEMENT

- Dossier apprenant sanitaire (cf pièces jointes)** de la Région Grand-Est complété selon votre situation accompagné **des pièces justificatives**.
 - Document **Fiche 1**, intitulé « Fiche de renseignements –Situation de l'apprenant »
 - Document **Fiche 2**, intitulé « Attestation sur l'honneur »
 - Document **Fiche 3**, intitulé « Attestation France Travail ».

- Règlement de 135€** relatif aux droits de scolarité 2025/2026 et libellé à **l'ordre de l'IFSI Saint Vincent**.

- Curriculum vitae** actualisé.

- Photocopie recto/verso** d'un document d'identité (carte d'identité, passeport ou titre de séjour) en cours de validité à la rentrée, en couleur, lisible, portant la mention « certifiée conforme à l'original » datée, signée.

- Photocopie **des diplômes obtenus** (le cas échéant) certifiée conforme à l'original, datée et signée par vos soins.

- Attestation d'affiliation à la Sécurité Sociale**.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENTANT

IDENTITE DE L'APPRENTANT

Civilité :

Nom de naissance : 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 :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date de sortie de formation initiale (études) :

Année scolaire	Cursus de formation	Etablissement
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION (si concerné)

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS (à compléter obligatoirement pour toutes les formations même s'il n'y a plus de période de référence pour les AS et AP)

Dernier emploi exercé avant l'entrée en formation (employeur principal en cas de cumul d'activités) **POUR TOUTES LES FORMATIONS**

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence qui **démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection**

soit :

du :

au :

(cette période ne concerne pas les formations AS et AP)

Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat (CDD-CDI-Fonctionnaire-Intérimaire-Contrat en alternance-Contrat aidé-Contrat civique-Contrat volontariat...)	Temps de travail	Nature de la fin du contrat (fin de contrat-fin d'intérim-licenciement-rupture conventionnelle-démission-rupture d'un commun accord,...)	Date de fin ou de rupture de contrat (jj/mm/aaaa)

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) : [] déclare avoir pris connaissance :

- du coût pédagogique de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation : [] 6 200 €

Autres frais à charge de l'apprenant : [] 135,00 €

- 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)

- 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 (certificat de scolarité 2023/2024 ou 2024/2025) à transmettre à l'institut à l'entrée en formation
- Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (hors formation AS et AP)
- Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire pour les formations d'AS, AP et d'AMBU
- Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation
- Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excède pas 720 € par mois

financer la formation à titre personnel étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier de la prise en charge du coût pédagogique par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, OPCO, ANFH, France Travail, plan de formation employeur...)

mobilisation de mon CPF + le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur : []

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 ;
- 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 : []

Le : []

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

FORMATIONS SANITAIRES et SOCIALES

Document à renseigner pour toutes les personnes inscrites comme demandeur d'emploi

IDENTITE DE L'APPRENANT

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :

IFSAS SAINT VINCENT

Formation suivie :

DIPLÔME D'ETAT D'INFIRMIER

Lieu de formation :

STRASBOURG

Année scolaire ou universitaire :

2025/2026

Année de réussite aux sélections :

2025

si report "précisez":

Date de la rentrée :

29/08/2025

Période de référence :

du :

au :

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS (à compléter pour toutes les formations)

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence qui **démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (cette période ne concerne pas les formations AS et AP) :**

soit :

du :

au :

Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	Employeur	Lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat (CDD-CDI-Fonctionnaire-Intérimaire-Contrat en alternance-Contrat aidé-Contrat civique-Contrat volontariat...)	Temps de travail	Nature de la fin du contrat (fin de contrat-fin d'intérim-licenciement-rupture conventionnelle-démission-rupture d'un commun accord...)	Date de fin ou de rupture de contrat (jj/mm/aaaa)

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à France Travail dans le mois qui précède la rentrée.

Je soussigné(e) :

- atteste remplir les critères d'éligibilité fixés par la Région Grand Est - tels que rappelés dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations",
- déclare avoir cessé toute activité professionnelle salariée ou non salariée et ne plus être lié contractuellement à un employeur (sauf en cas d'activité réduite si la quotité de travail n'excède pas 18h/semaine ou 78h/mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation ,
- et ne pas être placé(e) soit en disponibilité de la fonction publique, soit en congé (congé de formation, congé sabbatique, congé parental...).

J'autorise France Travail à transmettre les informations ci-après à la Région.

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

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

PARTIE A RENSEIGNER PAR FRANCE TRAVAIL

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Période de référence : du :

(cette période ne concerne pas les formations AS et AP)

au :

- l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi (à compléter obligatoirement pour toutes les formations):

N° d'identifiant France Travail :

depuis le :

est inscrit en catégorie :

depuis le :

dernier jour d'actualisation :

justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :

- l'apprenant justifie du statut suivant, au cours de la période de référence (hors formations AS et AP) :

non démissionnaire

démissionnaire pour motifs légitimes reconnus **exclusivement** par la Région Grand Est soit : rupture d'un contrat aidé, emploi avenir ou service civique... - pour cause de non paiement des salaires - pour suivre le conjoint suite à mutation ou mariage - pour suivre son enfant handicapé admis dans une structure d'accueil - pour cause de violences conjugales - pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail

non renouvellement de CDD

autre motif de rupture *

*Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Convention de Reclassement Personnalisé (CRP), démission, démission contrat 18 h/semaine au maximum, licenciement, rupture conventionnelle/amicable, fin de contrat, dispositif démission-reconversion

Date de la rupture :

non défini, France Travail n'étant pas en mesure de vérifier la situation de l'apprenant et d'attester de son statut au regard des critères fixés par la Région Grand Est

- son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller de France Travail.

Nom du signataire :

Prénom :

Qualité :

Agence :

Lieu :

Date :

Signature et cachet de France Travail

**DOCUMENTS QUI VOUS SERONT DEMANDES
EN CAS DE CONTROLE**

POUR LES JEUNES EN POURSUITE D'ETUDES

- Certificat de scolarité 2023-2024 ou 2024-2025

POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI

- Dossier apprenant + attestation UNEDIC ou à défaut les contrats de travail pendant la période de référence
- Micro-entrepreneur : dossier apprenant + revenus déclarés à l'URSSAF des 6 derniers mois avant l'entrée en formation

POUR LES NON-FINANCES

- Attestation sur l'honneur du dossier apprenant pour le financement à titre personnel
- Attestation de mobilisation du Compte CPF (avec le montant)

POUR LES APPRENANTS HORS UNION EUROPEENNE

- Titre de séjour en vigueur à la date de la rentrée en formation