



# Questionnaire de situation

## AUXILIAIRE AMBULANCIER

INSCRIPTION  
I.F.A.A.

# 2024

*INFORMATIONS CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement automatisé. Conformément à l'article 27 de la loi n°78 du 6 janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès au fichier informatique établi par le C.R.I.H. pour les informations le concernant.*

	OUI	NON
Êtes-vous lycéen(ne).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous étudiant(e).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>NON</b> , précisez l'année de sortie du système scolaire .....		
Dernier diplôme obtenu (joindre photocopie).....		
<hr/>		
Êtes-vous salarié(e) du secteur privé ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>OUI</b> , indiquez le nom et adresse de votre employeur .....		
.....		
Travaillez-vous actuellement en <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI		
Si vous êtes en <b>intérim</b> ou <b>CDD</b> , date de fin de contrat / / / / / / / /		
Êtes-vous salarié(e) du secteur public .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>OUI</b> , êtes-vous agent hospitalier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>OUI</b> , quel est votre matricule .....		
Êtes-vous <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Contractuel		
Indiquez le nom et adresse de votre employeur .....		
.....		
Pour les salarié(e)s auriez-vous une prise en charge du coût de la formation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>OUI</b> , précisez par qui .....		
Si la <b>demande est en cours</b> , précisez par quel organisme .....		
Avez-vous demandé un congé individuel de formation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Êtes-vous inscrit(e) à Pôle Emploi comme demandeur(se) d'emploi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>OUI</b> , fournir une attestation Pôle Emploi avec votre numéro d'identification ( <b>obligatoire</b> )		
Êtes-vous indemnisé(e) par Pôle Emploi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>OUI</b> , comment <input type="checkbox"/> ARE <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> AI		
Êtes-vous indemnisé(e) par une autre structure autre que Pôle Emploi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>OUI</b> , laquelle .....		
Êtes-vous inscrit(e) à la Mission Locale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>OUI</b> , fournir une copie de votre fiche de liaison ( <b>obligatoire</b> )		
Percevez-vous le RMI-RSA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>OUI</b> , fournir une attestation CAF avec votre numéro d'allocataire ( <b>obligatoire</b> )		
Êtes-vous allocataire de l'API .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>OUI</b> , fournir une attestation CAF avec votre numéro d'allocataire ( <b>obligatoire</b> )		
Êtes-vous reconnu(e) travailleur(se) handicapé(e) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>OUI</b> , quelle catégorie .....		
Êtes-vous en congé parental .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous sollicité une prise en charge pour le financement de la formation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>OUI</b> , auprès de quel organisme .....		
Financez-vous personnellement votre formation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si <b>OUI</b> , précisez (prêt, famille ...) .....		
Pouvez-vous suivre la formation sans rémunération .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>