

Questionnaire de situation

AUXILIAIRE AMBULANCIER

INSCRIPTION
I.F.A.A.

2025

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 NON , 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 OUI , 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 intérim ou CDD , date de fin de contrat /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ | | |
| Êtes-vous salarié(e) du secteur public | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si OUI , êtes-vous agent hospitalier..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si OUI , 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 OUI , précisez par qui | | |
| Si le demande est en cours , 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 OUI , fournir une attestation Pôle Emploi avec votre numéro d'identification (obligatoire) | | |
| Êtes-vous indemnisé(e) par Pôle Emploi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si OUI , 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 OUI , laquelle | | |
| Êtes-vous inscrit(e) à la Mission Locale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si OUI , fournir une copie de votre fiche de liaison (obligatoire) | | |
| Percevez-vous le RMI-RSA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si OUI , fournir une attestation CAF avec votre numéro d'allocataire (obligatoire) | | |
| Êtes-vous allocataire de l'API | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si OUI , fournir une attestation CAF avec votre numéro d'allocataire (obligatoire) | | |
| Êtes-vous reconnu(e) travailleur(se) handicapé(e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si OUI , 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 OUI , auprès de quel organisme | | |
| Financez-vous personnellement votre formation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si OUI , précisez (prêt, famille ...) | | |
| Pouvez-vous suivre la formation sans rémunération | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |