

Questionnaire de situation

AUXILIAIRES DE PUERICULTURE

MERCI DE BIEN VOULOIR REMPLIR CE QUESTIONNAIRE OBLIGATOIREMENT

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.

**DOSSIER
I.F.A.P.**

2020

	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 :		
<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 <input type="checkbox"/> CEA		
Si vous êtes en intérim, CDD ou CEA 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"/>
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 la 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, depuis le :	<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, montant de l'allocation journalière perçue :	<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, contrat d'accès à la qualification (obligatoire)		
Percevez-vous le RSA, montant :	<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 , fournir une attestation		
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"/>