**ANNEE SCOLAIRE 2024-2025**

**PROJET « FORMATION ACCÈS A » - SECTEUR PUBLIC**

**AIDE-SOIGNANT OU INFIRMIER**

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION (à remplir par l’employé)**

**IDENTITE** : (en caractères d’imprimerie)

NOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° REGISTRE NATIONAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXE  : M / F \*

RUE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° GSM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **SCOLARITE :**  **\* Entourer la réponse qui convient**

Certificat d’Enseignement Secondaire Supérieur (CESS) OUI – NON \*

Certificat de 6ème Professionnelle OUI – NON \*

Certificat de 7ème Professionnelle OUI – NON \*

Diplôme en kinésithérapie ou autre diplôme paramédical A1 (enseignement supérieur) OUI – NON \*

Dispose d’un diplôme de Master OUI – NON \*

A déjà suivi des cours dans le cadre du « projet 600 » OUI – NON \*

Si vous avez auparavant déjà entamé des études d’art infirmier(bachelier ou brevet) ou d’aide-soignant, indiquez lesquelles (joindre attestations de réussite).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Année scolaire** | **Années d’études** | **A1 / A2/A-S** | **Nom de l’établissement** | **Réussite / Échec/ En cours** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**PARCOURS PROFESSIONNEL** : au moins depuis le **1er septembre 2021** (expérience de minimum 3 ans dans le secteur public local est demandé)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’employeur** | **Fonction** | **Période du ... au ...** |
|  |  |  |
|   |  |  |

**CHOIX DE FORMATION** : Mettre une croix dans les cases correspondantes

* Bachelier en soins infirmiers (A1) : O **Enseignement de plein exercice**

O  **Enseignement de Promotion sociale**

* Brevet d’infirmier hospitalier (A2) : O **Enseignement de plein exercice**

O **Enseignement de Promotion sociale**

* Aide-soignant O **Enseignement de plein exercice**

 O **Enseignement à temps partiel**

Année d’études à suivre en 2024-2025 : O 1ère O 2ème O 3ème O 4ème O 5ème

DATE : \_\_\_/\_\_\_/2024 SIGNATURE DU CANDIDAT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez transmettre les formulaires **avant le 1er avril 2024**  de préférence par e-mail à l’adresse maribel@onss.fgov.be

**ONSS –DIRECTION MARIBEL SOCIAL**

**11, Place Victor Horta**

**1060 BRUXELLES**

**Tél  : 02/509.32.02 ( Mme Carine Mincke)**