



Association des Cours Professionnels de Pharmacie, Santé, Sanitaire, Social et Environnement



INSTITUT DE FORMATION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

**SITE IFAP DE JUVISY SUR ORGE**

**FICHE D'INSCRIPTION POUR L'ENTRÉE EN FORMATION VOIE DIRECTE\***

*(Hors sélection)*

**PARCOURS DE FORMATION EN APPRENTISSAGE (de 17 ans à moins de 30 ans)**

**RENTREE SEPTEMBRE 2024**

**Selon l'arrêté du 12 avril 2021 (article 2)**

Relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture

*\*Réservé aux personnes ayant déjà été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage en lien avec la formation d'auxiliaire de puériculture. Attention sous réserve de la production des documents demandés page 4.*

**ACPPAV – IFAP JUVISY SUR ORGE**

**Centre Hoche**

**25 rue Hoche**

**91260 JUVISY SUR ORGE**

**Tél : 01 69 21 92 16**



Association des Cours Professionnels de Pharmacie, Santé, Sanitaire, Social et Environnement  
INSTITUT DE FORMATION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

**Parcours de formation en apprentissage exclusivement**

**Vous postuler pour : IFAP SITE DE JUVISY SUR ORGE**

**Vous devez être âgé(e) de 17 ans le jour de la rentrée.**

**Vous devez avoir fait une pré-inscription sur notre site : [www.acppav.org](http://www.acppav.org)**

**! Vous devez être vacciné(e) avant l'entrée en formation du DT Polio, hépatite B (plus sérologie hépatite B).**

**FICHE D'INSCRIPTION A RETOURNER**

**ECRIRE EN MAJUSCULE, et lisiblement :**

**1- IDENTITE**

NOM Patronymique : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

NOM Marital : \_\_\_\_\_ Née le : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Département de naissance : : \_\_/\_\_/\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Sexe : /\_\_/ F pour féminin-M pour masculin

**2- COORDONNEES ACTUELLES**

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_

Tél domicile : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Portable : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Adresse Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_



### 3- Situation avant l'apprentissage :

Dernière classe fréquentée : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Dernier diplôme ou titre obtenu : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Diplôme ou titre le plus élevé : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

### 4- Cochez les diplômes qui vous dispensent de certains modules

CAP AEPE

DEAES référentiel 2016

BAC ASSP

DEAES référentiel 2021

BAC SAPAT

DEAVS-DEAMP- CAFAD-MCAD-CAFAMP

TP ADVF

ARM-DEA

DEAS référentiel 2005

AMBULANCIER

DEAS référentiel 2021

TP ASMS

*Fournir la copie des originaux des diplômes*

### 5- Apprentissage :

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Nom de la structure d'accueil : \_\_\_\_\_

Adresse (si connue) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_



Association des Cours Professionnels de Pharmacie, Santé, Sanitaire, Social et Environnement

### **Pièces à joindre obligatoirement au dossier :**

- Fiche d'inscription
- 1 photocopie recto-verso de la pièce d'identité
- Une lettre de motivation manuscrite avec description du projet professionnel de l'apprenti ;
- Un curriculum vitae
- Les bulletins scolaires des classes de première et terminale
- Une copie du contrat d'apprentissage signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage (*lettre d'engagement à télécharger sur notre site*).

***En l'absence de validité d'un contrat d'apprentissage, vous êtes soumis à l'épreuve de sélection d'entrée en formation d'auxiliaire de puériculture.***

#### **6- ENGAGEMENT DU CANDIDAT**

Age à l'entrée en septembre 2024 : \_\_\_\_\_ ans

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Signature du candidat (ou de son représentant légal pour les mineurs)

**Le dossier est à retourner par voie postale à l'adresse de l'IFAP.**

**En l'absence de production des documents demandés votre entrée en IFAP ne sera pas valide.**

**L'admission définitive est subordonnée :**

→ A la production d'un certificat médical par un médecin agréé ARS ;

→ A la production d'un certificat médical de vaccination.

Vous trouverez les documents sur notre site.