**BULLETIN D’INSCRIPTION**

**Diplôme d’ambulancier**

Collez ici
votre photo d’identité

 **Session de ............................**

**Nom** **d’usage**: ……………………………………………..…. **Prénom** : ………………………………………………………..…..

Nom de naissance : ……………………..…………………… Date et lieu de naissance : ……………………………………...

Nationalité : ………………………..…. N° de sécurité Sociale ……………..…..………………………….. Age : ………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………

Code Postal : ………………………………… Ville : …………………………………..…………………………………….

Téléphone : ……………………………..…..… E-mail : …………………………………………………………..…………

Situation familiale : ………………………………………………………………………………………………………………………….……..…...

Nombre d’enfants : ………………………… Age des enfants : ………………....……………………………………

🞏 Niveau d’études

🞏 Diplômes obtenus *(Cochez le(s) diplôme(s) obtenu(s) et précisez l’année d’obtention)*

🞏 BEPC 🞏 CAP 🞏 BEP 🞏 BAC 🞏 Autre

🞏 AFGSU 1 (ou AFPS, PSC) 🞏 Autre ……………………………………………………………..

**Date d’obtention du permis de conduire (catégorie B) :** …………………………..

Avez-vous été **auxiliaire** / **conducteur ambulancier** ? 🞏 Non 🞏 Oui

Si oui, durée d’exercice : ................................. Entreprise : ....................................................................

Exercez-vous actuellement un **emploi** ? 🞏 Non 🞏 Oui Lequel

Employeur : ..........

Contrat : 🞏 CDI 🞏 CDD *Date de fin :* 🞏 Autre .......................

Etes-vous **demandeur d’emploi** ? 🞏 Non 🞏 Oui *Depuis le*

Etes-vous **inscrit au Pôle Emploi** ? 🞏 Non 🞏 Oui *Depuis le* N° d’identification : .......................

Situation professionnelle antérieure :

Avez-vous des indemnités de chômage ? 🞏 Oui 🞏 Non Date de fin de droit :

**Prise en charge des frais de formation** : 🞏 vous-même 🞏 votre employeur

 🞏 la Région Grand Est 🞏 CPF 🞏 autre (lequel) : …………………………………

J’ai pris connaissance du programme (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000635229/>) et celui-ci correspond à mes attentes.

Je certifie que les renseignements indiqués ci-dessus sont exacts et ne pas faire l’objet d’une mesure de suspension ou de retrait de mon permis de conduire.

Date et signature :