

NOM DE NAISSANCE¹ :

NOM D'USAGE :

Prénom :

**CENTRE DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE
DU CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE-SUR-MER**

**DOSSIER DE DEMANDE DE DISPENSE
D'ENSEIGNEMENTS OU DE SEMESTRE
APRES DECISION DE LA SECTION COMPETENTE POUR
LE TRAITEMENT PEDAGOGIQUE DES SITUATIONS
INDIVIDUELLES DES ETUDIANTS**

Les aides soignants seront dispensés (article 7 de l'arrêté du 31/7/2009) des unités d'enseignement :

- Théorie 2.10 - 4.1 - 5.1 du semestre 1
- Pratique 5.8 du semestre 1

¹ Circulaire n° 5575/SG du 21 février 2012 relative à la suppression des termes 'Mademoiselle', 'nom de jeune fille', 'nom patronymique', 'nom d'épouse' et 'nom d'époux' des formulaires et correspondances des administrations

PIECES A JOINDRE SELON VOTRE SITUATION	Case à cocher	Réserve au Centre de formation	
		Réception	Vérification
* Le dossier d'inscription : rempli en majuscules signé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie d'une pièce d'identité (Carte identité ou passeport en cours de validité, permis de conduire accepté)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Le(s) diplôme(s) originaux détenu(s) (DEAS pour aide-soignant)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé (validation d'unités d'enseignement de la 1ère année d'études médicales)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Un curriculum vitae	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Une lettre de motivation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>