



Formations Paramédicales, Sociales et Santé  
FICHE DE RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES

REGION NORMANDIE

**Rentrées Septembre + Novembre 2021 et Rentrée  
Février 2022**



Dépts : 14-27-50-61-76

Pour rappel : **Exonération des frais de gestion**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° INE/BEA/INES : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

1) Votre situation familiale :

- Célibataire     Concubinage     Veuf(ve) (...../...../.....)\*     Divorcé(e) (...../...../.....)\*  
 Marié(e) ou pacsé(e)     Vous élevez seul(e) 1 ou des enfants, nbre d'enfants : \_\_\_\_\_  
 Bénéficiez-vous du soutien familial ? Si oui, **fournir l'attestation.**

2) Formation réalisée :     En formation initiale     En formation continue (= financée par l'employeur)

- Rentrée septembre 2021** Date limite création DSE 15/10 Présentation notification à l'Etabl avant 15/11/21  
 **Rentrée novembre 2021** Date limite création DSE 31/12 Présentation notification à l'Etabl avant 31/01/22  
 **Rentrée Février 2022** Date limite création DSE 31/03/22 Présentation à l'Etablissement avant 30/04/22

Etabl + lieu : \_\_\_\_\_ Formation (intitulé+ année) : \_\_\_\_\_

3) Evaluation du critère d'indépendance financière (hors pension(s) alimentaire(s) perçue(s)) :

- Avez-vous 1 avis d'imposition personnel ?     Oui\*     Non  
- Avez-vous 1 avis d'imposition commun (couples mariés ou pacsés) ?     Oui\*     Non  
- Avez-vous un logement indépendant de celui des parents ?     Oui\*     Non

4) Etes-vous inscrit à Pôle Emploi\* ? Justificatif à fournir **IMPERATIVEMENT**     Oui\*     Non

Si oui, percevez-vous une indemnité ? (ARE, ASS ...)     Oui\*     Non\*

Date de fin de l'indemnisation\* : \_\_\_\_\_ (**Important** : un droit partiel peut vous être accordé)

**En cas de décision rétroactive d'attribution d'ARE, nous fournir le document dès réception**

5) Bénéficiez-vous d'une allocation d'études versée par un établissement hospitalier ou par un fonds de formation **HORS CONSEIL REGIONAL** ?     Oui     Non

Si oui, est-elle assortie d'une obligation de servir ?     Oui\*     Non  
Avez-vous signé un contrat d'engagement ?     Oui\*     Non

6) Votre formation est-elle financée\* par votre employeur (ex : CIF) ou par un autre organisme **HORS CONSEIL REGIONAL** ?     Oui     Non

Si oui, Précisez l'organisme qui prend en charge la formation : \_\_\_\_\_

7) Si vous suivez une formation incomplète\*, précisez les dates :

Date de rentrée : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_  
Nombres de semaines de cours et stages pratiques : \_\_\_\_\_

8) En cas de redoublement, veuillez préciser les années concernées

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements demandés

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature

**\*JOINDRE LES JUSTIFICATIFS CORRESPONDANTS**