

BULLETIN D'INSCRIPTION
Auxiliaire ambulancierCollez ici
votre photo
d'identité

NOM : **Prénom** :
NOM de naissance : Date et lieu de naissance :
Nationalité : N° de sécurité Sociale : Age :
Adresse :
Ville : Code Postal :
Téléphone : Portable :
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 **conducteur ambulancier** ? Non Oui
Si oui, durée d'exercice :
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
Situation professionnelle antérieure :
Avez-vous une rémunération ASSEDIC ? Oui Non *Date de fin de droit* :
Avez-vous le RSA ? Oui Non

Prise en charge des frais de formation : vous-même votre employeur
 un autre organisme Lequel :

Je soussigné(e) 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 :