



Formations Paramédicales, Sociales et Santé
FICHE DE RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES

REGION NORMANDIE

**Rentrées septembre + novembre 2023
et rentrée février 2024**



Départements : 14-27-50-61-76

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

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

1) Votre situation familiale : Merci d'indiquer votre âge :

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

2) A l'entrée en formation, je serai :

- Toujours dans le système scolaire ou sorti depuis moins de 9 mois du système scolaire (formation initiale)
 Sorti du système scolaire depuis 9 mois ou plus (formation continue)

Rentrée septembre 2023 Date limite création DSE 15/10 Présentation notification à l'Etabl avant le **15/12/23**
 Rentrée novembre 2023 Date limite création DSE 31/12 Présentation notification à l'Etabl avant le **15/02/24**
 Rentrée février 2024 Date limite création DSE 31/03 Présentation à l'Etablissement avant le **15/05/24**

Etab + lieu : Formation (intitulé + année) :

3) Aide à l'évaluation du critère d'indépendance financière (hors pension(s) alimentaire(s) perçue(s)) :

- Avez-vous 1 avis d'imposition personnel N - 2 ? Oui* Non
- Avez-vous 1 avis d'imposition commun (couples mariés ou pacsés) N-2 ? Oui* Non
En cas d'acquisition de l'indépendance fiscale postérieure à N-2, transmettre le dernier avis fiscal
- Avez-vous un logement indépendant de celui de vos parents ? Oui* Non

4) Etes-vous inscrit à France Travail ?* **Justificatif à fournir IMPERATIVEMENT** Oui* Non

- Si oui, percevez-vous des allocations de retour à l'emploi (ARE) ? Oui* Non*
- Date de fin de versement prévue* : (**Important** : un droit partiel peut vous être accordé)

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

5) Votre formation est-elle financée :*

- Par votre employeur (ex : CPF) ou par un autre organisme HORS CONSEIL REGIONAL ? Oui Non
- Si oui, Précisez l'organisme qui prend en charge la formation :

6) Si vous suivez une formation incomplète,* paiement au prorata (minimum 8 semaines) précisez les dates :

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

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

Fait à le Signature

***JOINDRE LES JUSTIFICATIFS CORRESPONDANTS**