



Formations Paramédicales, Sociales et Santé
FICHE SPECIFIQUE REGION NORMANDIE



Rentrées septembre - octobre - novembre 2025

Rentrée janvier - février 2026

Départements : 14-27-50-61-76

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
☐ Bénéficiez-vous de l'allocation de soutien familial ? Si oui, **fournir l'attestation.**
☐ Êtes-vous bénéficiaire/ancien bénéficiaire de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ? 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 2025	Date limite création DSE 15/10	Présentation notification à l'Etabl avant le	15/12/25
☐ Rentrée octobre 2025	Date limite création DSE 30/11	Présentation notification à l'Etabl avant le	15/01/26
☐ Rentrée novembre 2025	Date limite création DSE 31/12	Présentation notification à l'Etabl avant le	15/02/26
☐ Rentrée janvier 2026	Date limite création DSE 28/02	Présentation notification à l'Etabl avant le	15/04/26
☐ Rentrée février 2026	Date limite création DSE 31/03	Présentation notification à l'Etabl avant le	15/05/26

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**

- Percevez-vous des allocations de retour à l'emploi (ARE) ? ☐ Oui* ☐ Non*
Versée par France Travail ou votre ancien employeur.

- 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**