

## Fiche INFORMATION – GESTION STAGES

### Renseignements élèves - Année 2025-2026

**CE DOCUMENT NOUS PERMET DE REALISER VOTRE PARCOURS DE STAGE DURANT LA FORMATION.**

NOM DE NAISSANCE	NOM D'USAGE	PRENOM	LIEU D'HABITATION DURANT LA FORMATION

**✚ Quel parcours de formation devez-vous suivre à l'IFAP ?**

- Formation complète
- Cursus partiel Bac pro ASSP, précisez l'année d'obtention :
- Cursus partiel Bac pro SAPAT, précisez l'année d'obtention :
- Cursus partiel (CAP **AEPE**, AES, ARM, Ambulancier, AS, ADVF, ASMS...), précisez le diplôme obtenu et l'année d'obtention :

**✚ Etes-vous titulaire du permis de conduire ?**

**OUI            NON**

**✚ Disposez-vous d'un véhicule ?**

**OUI            NON**

**✚ Disposez-vous d'opportunités d'hébergement en Auvergne ?**

**OUI            NON**

Si oui, dans quelle(s) localité(s) ? .....

.....

**✚ Si vous avez une expérience antérieure (professionnelle ou stage) dans le milieu des soins, veuillez nous indiquer la (ou les) structure(s) concernée : crèches, maternité, établissements médico-sociaux (CDEF, CMI,...) ou établissements hospitaliers (précisez le(s) service(s)):**

.....

.....

.....

.....

**✚ Avez-vous un ou des proches exerçant dans le milieu des soins ? Si oui, veuillez nous indiquer la (ou les) structure(s) dans laquelle ils exercent (uniquement dans le Puy de Dôme) :**

.....

.....

.....

 **Quel organisme finance votre formation ?**

- Pôle emploi*
- Conseil Régional*
- Employeur (préciser le nom de la structure)*
- OPCO (ANFH, Transition pro...)*
- Autofinancement*
- Autre :*

 **Informations complémentaires : il est nécessaire afin de suivre la formation dans de bonnes conditions d'avoir accès à un ordinateur et de se munir pour la rentrée, 'une clé USB.**

**Date et signature de l'élève et d'un ou des représentants légaux pour les élèves mineurs :**