

## Projet Contrat d'APPRENTISSAGE

### Formation aide-soignante année 2026-2027

### Rentrée du 13 janvier 2026

**Vous souhaitez réaliser votre formation aide-soignant à l'IFAS Saint Joseph Saint Luc sous contrat d'apprentissage et vous avez un employeur.**

**Vous devez renvoyer au CFA par voie postale à l'adresse : [42, bis rue professeur Grignard 69007 LYON](mailto:cfa-asl@saintjosephsaintluc.fr) ou par mail à [cfa-asl@saintjosephsaintluc.fr](mailto:cfa-asl@saintjosephsaintluc.fr) au plus tard 3 jours avant la rentrée soit le 8 janvier 2026, les pièces suivantes :**

- Ce document dûment rempli
- Une lettre de motivation
- Un Curriculum Vitae
- Attestation de droit d'affiliation Sécurité Sociale

**A la réception du document, notre Centre de Formation d'apprentis instruira votre dossier.**

|                                                          |                                                                                                                                                 |                        |  |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--|
| <b>Etat civil</b>                                        |                                                                                                                                                 |                        |  |
| Nom de naissance                                         |                                                                                                                                                 | Prénoms                |  |
| Nom d'usage                                              |                                                                                                                                                 | Date de naissance      |  |
| Lieu de naissance                                        |                                                                                                                                                 | N° de sécurité sociale |  |
| Adresse                                                  |                                                                                                                                                 |                        |  |
| Code postal                                              |                                                                                                                                                 | Ville                  |  |
| Téléphone portable                                       |                                                                                                                                                 | Téléphone Fixe         |  |
| Mail                                                     |                                                                                                                                                 |                        |  |
| Nationalité                                              |                                                                                                                                                 |                        |  |
| Situation familiale                                      | <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) |                        |  |
| Nombre d'enfants                                         |                                                                                                                                                 | Âges des enfants       |  |
| <b>Si l'apprenant est mineur à l'entrée en formation</b> |                                                                                                                                                 |                        |  |
| Nom du tuteur légal                                      |                                                                                                                                                 | Lien de parenté        |  |
| Adresse si différente                                    |                                                                                                                                                 |                        |  |
| Téléphone portable                                       |                                                                                                                                                 | Téléphone Fixe         |  |

« Nous collectons des données personnelles vous concernant. Toutes ces données sont utilisées à des fins professionnelles et pour le bon suivi de la formation, elles ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales. Le responsable de traitement, la directrice de l'IFAS. Conformément au règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité aux données qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant au secrétariat de l'IFAS. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)

| Information sur la structure qui va signer le contrat d'apprentissage |  |              |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|--------------|--|
| Nom de l'entreprise                                                   |  |              |  |
| adresse                                                               |  |              |  |
| Code postal                                                           |  | Ville        |  |
| Nom du contact                                                        |  | Fonction     |  |
| Téléphone                                                             |  | Adresse mail |  |

| Niveau scolaire et diplômes                  |  |
|----------------------------------------------|--|
| Dernière classe suivie et année              |  |
| Intitulé du dernier diplôme ou titre préparé |  |
| Niveau                                       |  |
| Diplôme le plus élevé obtenu                 |  |

| Titres ou diplômes permettant un allègement de formation (Cocher le diplôme correspondant et fournir la copie du diplôme) |                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bac pro ASSP                                                                                     | <input type="checkbox"/> DE Accompagnant Educatif et Social         |
| <input type="checkbox"/> Bac pro SAPAT                                                                                    | <input type="checkbox"/> TP Assistant de vie aux familles           |
| <input type="checkbox"/> DE Auxiliaire de Puériculture                                                                    | <input type="checkbox"/> Diplôme d'Assistant de Régulation médicale |
| <input type="checkbox"/> DE Ambulancier                                                                                   | <input type="checkbox"/> TP Agent de service médico-social          |

| Situation particulière                                              |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Reconnaissance de statut travailleur handicapé (RQTH)               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, fournir obligatoirement une attestation établie par la MDPH |                                                           |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et m'engage à signaler tout changement de situation ou de coordonnées pouvant survenir au cours de l'année de formation dans les plus brefs délais.

Fait à :

le :

**Signature de l'apprenant**

**Signature du responsable légal**  
si l'apprenant est mineur