

**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 avec un employeur **et vous êtes à la recherche d'un employeur.**

Afin de vous accompagner au mieux dans votre projet, nous avons besoin des renseignements suivants, avec les documents ci-dessous :

- Une lettre de motivation
- Un Curriculum Vitae
- Une pièce d'identité valide (CNI ou titre de séjour en cours de validité)
- Attestation de droit d'affiliation Sécurité Sociale

A renvoyer au CFA par voie postale au : **42, bis rue professeur Grignard 69007 LYON** ou par mail à **[cfa-asl@saintjosephsaintluc.fr](mailto:cfa-asl@saintjosephsaintluc.fr)** au plus tard le **16 octobre 2025**.

<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		Agés 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	

<b>1er contrat d'apprentissage</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------------	------------------------------	------------------------------

<b>Situation de l'apprenant avant signature d'un contrat d'apprentissage</b>		
<input type="checkbox"/> Lycéen ou étudiant	N° INE	
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	N° identifiant	
<input type="checkbox"/> Personnel salarié	Type de contrat	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Autres
Nom et coordonnées de l'employeur		

<b>Niveau scolaire et diplômes</b>	
Dernière classe suivie et année	
Intitulé du dernier diplôme ou titre préparé	
Niveau	
Diplôme le plus élevé obtenu	

<b>Titres ou diplômes permettant un allègement de formation (Cocher le diplôme correspondant et fournir la copie du diplôme)</b>	
<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

<b>Situation particulière</b>	
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