genève Croix-Rouge genevoise FORMATION

Reçu le : ……

Collez votre photographie ici

Géré par GESTFORM, version du 16.02.2024

Mail le : ……

Réservé à l'administration

Date entretien : ……

Heure : …… Avec : …….

Cours suivi : ……..

Formulaire d'inscription
Formation d'auxiliaire de santé Croix-Rouge

Documents complémentaires à joindre à ce formulaire[1] :

- Copie du justificatif de versement des 100 fr. de frais de dépôt de dossier de candidature
- Deux photographies d'identité identiques, récentes, en couleur et format passeport, dont une à coller sur le présent formulaire
- Joindre votre chèque annuel de formation (CAF) si vous en êtes bénéficiaire
- Copie de l'autorisation de séjour ou du permis ou de la carte d'identité pour les Suisses
- Curriculum Vitae (CV)
- Copie du document mentionnant votre niveau de français
- Copie-s du-des éventuel-s certificat-s relatif-s à votre-vos expérience-s professionnelle-s dans le domaine des soins

A remplir de manière lisible. Merci !

Nom-s : ……	Nom de jeune fille : ……..
Prénom-s : ……	Date de naissance : ……

Tél. fixe : ……	Portable : ……
@ E-mail : ……	

Adresse (rue et n°) : ……		
Code postal : ……	Localité : ……	Pays : ……

Pays d'origine : ……	Nationalité : ……
Titre de séjour : oui ☐ (joindre une copie) non ☐	Etat civil : ……
Nombre-s d'enfant-s : ……	Age-s du-des enfant-s : ……

- **Niveau de français :**

Français langue maternelle :

☐ oui : joindre le dernier certificat d'étude

☐ non : joindre une attestation de niveau B1 à l'écrit et à l'oral

- **Vous êtes-vous déjà présenté votre candidature au cours d'auxiliaire de santé CR ?**

☐ non ☐ oui année : ……

[1] Se référer au Guide AS CR

- **Chèque annuel de formation (CAF) :**
  ☐ oui, le fournir avec votre dossier de candidature ☐ non

- **Ecole-s / formation-s professionnelle-s, expérience-s professionnelle-s** (joindre certificat-s) :

……
……
……

- **Activité professionnelle exercée actuellement** (nom et adresse de l'employeur - dates) :

……
……

- **Avez-vous de l'expérience dans le domaine médico-social ou vous êtes-vous déjà occupé d'une personne âgée ? Si oui, de quelle manière** :

……
……
……

- **Quelles sont vos motivations pour suivre le cours d'auxiliaire de santé CR ?**
  (Développer sur 10 lignes minimum)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

- **Quels sont vos projets professionnels ?**

……
……

- **Quelles sont vos disponibilités pour un entretien de candidature ?**

……
……

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'admission à la formation d'auxiliaire de santé de la Croix-Rouge (ASCR)

Date : …… Signature du-de la candidat-e : ……

Dossier à envoyer avec tous les documents demandés à :
Croix-Rouge genevoise
Centre de Formation
Route des Acacias 9 – CP 288 – 1211 Genève 4
Tél. : +41.22.304.04.17 – E-mail : formation@croix-rouge-ge.ch

Payement des frais de dépôt de dossier par virement postal ou bancaire sur le compte CCP 12-904-1, avec la mention « Cours AS – frais de dépôt de dossier », IBAN CH21 0900 0000 1200 0904 1