

**ÉTUDIANT**  
(stagiaire de la formation professionnelle)

**ALTERNANCE**  
(contrat de professionnalisation)

**INDÉCIS**

## FORMATION ENVISAGÉE

### SECRÉTAIRE MÉDICAL(E)

**Titre de Secrétaire Médical(e) délivré par VIDAL FORMATION**  
*Titre inscrit au RNCP Niveau IV (4EU)*

**TITRE DE SM**

### PIÈCES À JOINDRE - Aucune pièce ne sera restituée

- Photocopie du diplôme du baccalauréat et/ou des derniers diplômes obtenus
- Photocopie des relevés de notes du baccalauréat et/ou des derniers diplômes obtenus
- 40€ de frais d'inscription (non remboursable sauf en cas de refus de dossier)
- Curriculum Vitae mis à jour
- Photocopie d'une pièce d'identité ou titre de séjour (étudiants étrangers)
- 10 timbres postaux au tarif en vigueur
- Attestation d'inscription au Pôle Emploi (si inscrit - obligatoire pour les plus de 26 ans)
- 2 photos d'identité (dont une sur le dossier)

### COMMENT AVEZ-VOUS CONNU ÉCOLE SANTE ?

« Sachant que les informations que je vous communique peuvent faire l'objet d'une informatisation, par la présente, et conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, je vous donne mon accord pour que mon dossier soit enregistré.

J'autorise également VIDAL FORMATION / ÉCOLE SANTE à présenter ma candidature dans le cadre du contrat de professionnalisation et/ou de convention de stage à leurs entreprises partenaires ».

A ....., le .....

Signature du candidat

**Pour toutes questions, contactez  
ÉCOLE SANTE  
au 01 55 62 21 21**



**ÉCOLE SANTE**  
**Enseignement Privé Indépendant**

**Accès : Metro : Ligne 1 - Pont de Neuilly sortie Rue de l'Eglise**



**Tout dossier incomplet ne pourra être validé**

**Dossier à déposer ou à renvoyer à : ÉCOLE SANTE, 171, Avenue Charles de Gaulle, 92200 NEUILLY SUR SEINE**  
**Tél : 01 55 62 21 21, Fax : 01 55 62 21 27 - mail : paris.sm@ecole-sante.fr - www.ecole-sante.fr**

# ÉTAT CIVIL

 MADAME MONSIEUR

NOM :

PRÉNOM(S) :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TÉLÉPHONE :

EMAIL :

NATIONALITÉ :

N° IDENTIFICATION POLE EMPLOI :

N° DE SECURITE SOCIALE :

## NIVEAU DE CONNAISSANCES

DERNIÈRES ÉTUDES SUIVIES :

DERNIER ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ :

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES \* :

	BONNE MAÎTRISE	CORRECT	NOTIONS
ANGLAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESPAGNOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES (préciser) :			
WORD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXCEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POWER POINT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES (préciser) :			
PERMIS DE CONDUIRE :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
AUTRE INFORMATION :			

\*Cocher la case correspondant à votre choix

## CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION DE L'ECOLE-SANTE

■ DOSSIER REÇU LE : / / ■ ENTRETIEN LE : / /

■ ANALYSE DE L'ENTRETIEN :

■ DÉCISION DE LA COMMISSION PÉDAGOGIQUE :

ADMIS  NON-ADMIS  EN ATTENTE

■ REÇU PAR :

