



Formations Paramédicales, Sociales et Santé  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES**

**REGION NORMANDIE**

**Rentrées septembre + novembre 2024  
et rentrée février 2025**



**Départements : 14-27-50-61-76**

**Pour rappel : Exonération des frais de gestion**

NOM :  Prénom :  N° INE/BEA/INES :   
Adresse :  Tél :

1) Votre situation familiale : Merci d'indiquer votre âge : .....

- Célibataire     Concubinage     Veuf(ve) (...../...../.....)\*     Divorcé(e) (...../...../.....)\*  
 Marié(e) ou pacsé(e) (...../...../.....)     Vous élevez seul(e) 1 ou des enfants, nbre d'enfants :   
 Bénéficiez-vous de l'allocation de soutien familial ? Si oui, **fournir l'attestation.**

2) A l'entrée en formation, je serai :

- Toujours dans le système scolaire ou sorti depuis moins de 9 mois du système scolaire (formation initiale)  
 Sorti du système scolaire depuis 9 mois ou plus (formation continue)

**Rentrée septembre 2024** Date limite création DSE 15/10 **Présentation notification à l'Etabl avant le 15/12/24**  
 **Rentrée novembre 2024** Date limite création DSE 31/12 **Présentation notification à l'Etabl avant le 15/02/25**  
 **Rentrée février 2025** Date limite création DSE 31/03 **Présentation à l'Etablissement avant le 15/05/25**

Etab + lieu :  Formation (intitulé + année) :

3) Aide à l'évaluation du critère d'indépendance financière (hors pension(s) alimentaire(s) perçue(s)) :

- Avez-vous 1 avis d'imposition personnel N - 2 ?  Oui\*  Non  
- Avez-vous 1 avis d'imposition commun (couples mariés ou pacsés) N-2 ?  Oui\*  Non  
*En cas d'acquisition de l'indépendance fiscale postérieure à N-2, transmettre le dernier avis fiscal*  
- Avez-vous un logement indépendant de celui de vos parents ?  Oui\*  Non

4) Etes-vous inscrit à France Travail ? \* **Justificatif à fournir IMPERATIVEMENT**  Oui\*  Non

- Si oui, percevez-vous des allocations de retour à l'emploi (ARE) ?  Oui\*  Non\*  
- Date de fin de versement prévue\* :  (**Important** : un droit partiel peut vous être accordé)

*En cas de décision rétroactive d'attribution d'ARE, nous fournir le document dès réception.*

5) Votre formation est-elle financée : \*

- Par votre employeur (ex : CPF) ou par un autre organisme HORS CONSEIL REGIONAL ?  Oui  Non  
- Si oui, Précisez l'organisme qui prend en charge la formation :

6) Si vous suivez une formation incomplète, \* **paiement au prorata (minimum 8 semaines)** précisez les dates :

Date de rentrée :  Date de fin :   
Nombres de semaines de cours et stages pratiques :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements demandés.

Fait à  le  Signature

**\*JOINDRE LES JUSTIFICATIFS CORRESPONDANTS**