

## FICHE RECAPITULATIVE 2025

### Admission à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant

M.  Mme

NOM PATRONYMIQUE \_\_\_\_\_ NOM D'USAGE \_\_\_\_\_

PRENOM \_\_\_\_\_

Date de Naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Département de naissance \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

#### Je suis :

- Titulaire d'un Baccalauréat professionnel A.S.S.P.
- Titulaire d'un Baccalauréat professionnel S.A.P.A.T.
- Titulaire du diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture (DEAP)
  - DEAP 2006
  - DEAP 2021
- Titulaire du diplôme d'Etat d'ambulancier ou du certificat de capacité d'ambulancier (DEA)
- Titulaire du diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social (DEAES):
  - DEAES 2021
  - DEAES 2016
- Titulaire du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) ou de la mention complémentaire aide à domicile (MCAD)
- Titulaire du diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique (DEAMP)
- Titulaire du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD)
- Titulaire du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique (CAFAMP)
- Titulaire du titre professionnel d'assistant(e) de vie aux familles (TPAVF)
- Titulaire du titre professionnel d'agent de service médico-social (TPASMS)
- Titulaire du diplôme d'ARM
- ASHQ / Agent de service
- Autre



