



**Formations Paramédicales, Sociales et Santé**  
**FICHE SPECIFIQUE REGION NORMANDIE**

**Rentrée septembre - octobre - novembre 2025**

**Rentrée janvier - février 2026**

**Dépts : 14-27-50-61-76**



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**.  
 Êtes vous bénéficiaire/ancien bénéficiaire de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ? 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)

<input type="checkbox"/> <b>Rentrée septembre 2025</b>	Date limite création DSE 15/10	<b>Présentation notification à l'Etabl</b>	avant le <b>15/12/25</b>
<input type="checkbox"/> <b>Rentrée octobre 2025</b>	Date limite création DSE 30/11	<b>Présentation notification à l'Etabl</b>	avant le <b>15/01/26</b>
<input type="checkbox"/> <b>Rentrée novembre 2025</b>	Date limite création DSE 31/12	<b>Présentation notification à l'Etabl</b>	avant le <b>15/02/26</b>
<input type="checkbox"/> <b>Rentrée janvier 2026</b>	Date limite création DSE 28/02	<b>Présentation à l'Etablissement</b>	avant le <b>15/04/26</b>
<input type="checkbox"/> <b>Rentrée février 2026</b>	Date limite création DSE 31/03	<b>Présentation notification à l'Etabl</b>	avant le <b>15/05/26</b>

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 des parents ?  Oui\*  Non

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

- Percevez-vous des allocations de retour à l'emploi (ARE) ?  Oui\*  Non\*  
versée par France Travail ou votre ancien employeur

- 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 (minimim 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