



Formations Paramédicales, Sociales et Santé
FICHE SPECIFIQUE REGION NORMANDIE



Rentrées septembre - octobre - novembre 2025

Rentrées 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
☐ 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
☐ Sorti du système scolaire depuis 9 mois ou plus

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

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