Formations Paramédicales, Sociales et Santé
FICHE SPECIFIQUE REGION NORMANDIE

Rentrées septembre – octobre - novembre 2026
Rentrées janvier - février 2027
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 2026**	Date limite création DSE 15/10	**Présentation notification à l'Etabl avant le 15/12/26**
☐ **Rentrée octobre 2026**	Date limite création DSE 30/11	**Présentation notification à l'Etabl avant le 15/01/27**
☐ **Rentrée novembre 2026**	Date limite création DSE 31/12	**Présentation notification à l'Etabl avant le 15/02/27**
☐ **Rentrée janvier 2027**	Date limite création DSE 28/02	**Présentation à l'Etablissement avant le 15/04/27**
☐ **Rentrée février 2027**	Date limite création DSE 31/03	**Présentation notification à l'Etabl avant le 15/05/27**

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

MAJ 19/11/2026

***JOINDRE LES JUSTIFICATIFS CORRESPONDANTS**