|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **INSTITUT DE FORMATION**  **D’AIDES-SOIGNANTS** | http://www.paysdelaloire.fr/uploads/tx_oxcsnewsfiles/logo_region_formation_logo_regional_cartouche_cmjn.png | 2022- 01-05 LOGO QUALIOPI CHU ANGERS |

F:\IFAS CHM\1. ORGANISATION ADMINISTRATIVE IFAS\Rentrée\Janv-23\Parcours professionnel-janv 23.docx

**PARCOURS PROFESSIONNEL**

* **NOM** :
* **Prénom** :
* **Lieu d’habitation** :
* **Lieu de résidence pendant la formation** :
* **Véhicule** 🞏 oui 🞏 non

(Cocher la case correspondante)

🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑🟑

Etablissements et Services de soins

où vous avez travaillé ou effectué un stage (du plus **récent** au plus **ancien**)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Établissement** | **Service** | **Dates** | **Durée** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Service où vous ne souhaitez pas aller en stage pour des raisons personnelles**

Lieu :

Argumentation :