



ASSOCIATION RÉSILIENCE OCCITANIE
HANDICAP, DÉPENDANCE, SOIN

RH-AS-FT-02

Service des Ressources Humaines

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

Veillez compléter intégralement cet imprimé

Pôles Enfance, Adulte, Social, Personnes Âgées et Handicap Psychique

NOM :... NOM de Jeune fille ::.....

Prénoms (souligner le prénom usuel) :... ..

Date et lieu de naissance :

Nationalité :... ..

N° Sécurité Sociale :... ..

Adresse actuelle :.....

.....

N° tél :

Avez-vous une pension ou une rente d'invalidité ?... ..

Percevez-vous une rente accident de travail supérieure à 10 % ?.....

Si oui, pourcentage :.....

Etes vous handicapé(e) reconnu(e) par la COTOREP ?.....

Situation familiale : Célibataire – Vie Maritale - Marié(e) – Divorcé(e) – Veuf (ve)

Enfants dont vous avez (ou avez eu) la charge

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance

Diplômes

Libellé	Année d'obtention	Lieu

Pour les médecins, veuillez préciser la date d'obtention de la thèse :.....

Activités professionnelles

Nom et adresse de l'entreprise	Profession	Périodes