

MAINTIEN SUR LISTE COMPLEMENTAIRE – SELECTION AIDE SOIGNANT 2020

Vos nom, prénom et adresse



M. **L.C. n°**

.....
.....
.....
.....

tel :

***Portable :**

***mail :**@.....

(* : obligatoires)

La Gaude, le

Madame la Directrice
Institut de Formation Aide-Soignant
SAINTE MARIE
9337, route de St Laurent
Quartier Plan du Bois
06610 LA GAUDE

Madame la Directrice,

Par la présente, je vous confirme mon inscription sur la liste complémentaire des épreuves de sélection aide-soignant 2020.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature et mention
« lu et approuvé »