



Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation pour les Aides-Soignants

4 rue de l'ancien calvaire BP 145
62604 BERCK SUR MER Cedex
03 21 09 05 47-secretariat@ifsi-berck.fr

PHOTO

FICHE D'INSCRIPTION

NOMNOM EPOUSE.....

PRENOM

DATE DE NAISSANCELIEU

DEPARTEMENT DE NAISSANCE

NUMERO DE SECURITE SOCIALE

ADRESSE

CPVILLE.....

ADRESSE PENDANT LES ETUDES

CPVILLE.....

TELEPHONE :PORTABLE :

MAIL :

DIPLOME (pour le BAC la série).....

ANNEE D'OBTENTION.....NUMERO INE.....

LYCEE

NOM DE LA PERSONNE A PREVENIR

LIEN DE PARENTE

ADRESSE

TELEPHONE.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT.....

ADRESSE

TELEPHONE.....

ETABLISSEMENT D'HOSPITALISATION.....



TITRE D'INSCRIPTION : cocher la case correspondante

Titre ou diplôme homologué au niveau IV (baccalauréat):

Inscrire le titre ou diplôme en entier : Année d'obtention :.....

.....
.....

Titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social au niveau V (BEP, CAP...) :

Inscrire le titre ou diplôme en entier : Année d'obtention :.....

.....
.....

Candidat titulaire d'un titre ou diplôme étranger permettant d'accéder à l'université dans le pays concerné Année d'obtention :.....

Attestation de suivi d'une première année d'études d'infirmier

Année d'obtention :.....

Aucun diplôme

SITUATION : cocher la case correspondante

Congé individuel de formation

Contrat aidé (CAE, autres...)

Sans activité rémunérée (mère au foyer, étudiant, fin de scolarité...)

INSCRIPTION

Je demande mon inscription pour le choix (barrer les mentions inutiles cf Annexe 1)

LISTE 1*	LISTE 2*	LISTE 3*	LISTE 4*
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Souhaitez-vous que votre nom apparaisse sur les résultats qui seront publiés sur le site internet www.ifs-berck.fr

oui non

J'accepte sans réserve, le règlement qui régit les épreuves de sélection.

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A....., le

Signature :