



Formation organisée
avec le soutien
de la Région
Haute-Normandie



Photo récente
A coller
Obligatoirement

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

**FICHE D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION
POUR LES CANDIDATS DE LA CATEGORIE 2**

IDENTITE DU CANDIDAT

NOM : _____ **Prénom :** _____
Epouse : _____
Date de naissance : _____ **Lieu :** _____
Nationalité : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

① - TITRE D'INSCRIPTION

- Aide soignant(e), adresse de l'employeur actuel – service – tél.....
- demandeur d'emploi
.....
- Auxiliaire de puériculture adresse de l'employeur actuel – service –
tél.....
- demandeur d'emploi

② - CURSUS SCOLAIRE

Diplôme le plus élevé lors de votre inscription →

<u>DIPLOMES OBTENUS</u>	<u>ANNEE d'OBTENTION</u>
↓	↓

* Autorisez-vous l'Institut de Formation en Soins Infirmiers à publier votre nom sur Internet dans le cas de votre admission au concours d'entrée (**cochez obligatoirement l'une des 2 cases**) : OUI NON

* Avez-vous suivi une Année Préparatoire au Concours d'Entrée dans les IFSI : OUI NON

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

Date et signature du candidat :

Liste des pièces à fournir : Cadre réservé à l'IFSI

- 1 - Copie du titre ou du diplôme,
- 2 - Certificat(s) employeur(s) (Aide soignant(e) , Auxiliaire de Puériculture cf fiche ci-jointe à faire remplir obligatoirement par l'employeur
- 3 - Copie de la carte nationale d'identité (recto-verso avec photo ressemblante) ou copie du passeport valide pendant toute la durée des épreuve
- 4 - Copie de la carte de séjour en règle avec photo ressemblante
- 5 - Photo récente (à coller obligatoirement sur la fiche)
- 6 - 3 Enveloppes petit format à 0,56€
2 Enveloppes 21 x 29,7 à 0,90€ et 2,22€
- 7 - 84 € – Droits d'inscription Chèque Espèces
- 8 - Attestation d'attribution définitive de Bourse

DOSSIER COMPLET

Date :



Formation organisée
avec le soutien
de la Région
Haute-Normandie



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

ATTESTATION EMPLOYEUR

- **NOM DU CANDIDAT** : **Prénom** :

- **Date du Diplôme : Aide-Soignant, Auxiliaire de Puériculture**
.....

- **Date nomination dans le grade** :
.....

- **Etablissement actuel** :
.....

Service actuel :
.....

- ☎
.....

Date de prise de fonction en tant qu'Aide-Soignant ou Auxiliaire de Puériculture	Date de fonction en tant qu'Aide-Soignant ou Auxiliaire de Puériculture	Pourcentage de temps travaillé en tant qu'Aide-Soignant ou Auxiliaire de Puériculture

Total des années d'exercice en tant qu'Aide-Soignante, Auxiliaire de Puériculture en équivalent temps plein à la date du début des épreuves, soit au 06 octobre 2010 :

Etablissement :

Nom :

Fonction :

Date :

Cachet et Signature :

VEUILLEZ UTILISER UNE ATTESTATION PAR EMPLOYEUR.
SI BESOIN, FAIRE DES PHOTOCOPIES DE CET IMPRIME.