



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 1

IDENTITE DU CANDIDAT

NOM : Prénom :
Epouse :
Date de naissance : Lieu :
Nationalité :
Adresse :

 :

SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

- Classe de Terminale – Série :
- Etudiant : filière
- Activité professionnelle :
- demandeur d'emploi :

* 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 :

Date et signature des parents ou tuteurs

Pour Les candidats mineurs :

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

- 1 - Copie du titre ou du diplôme,
- 2 - Attestation de succès au Jury de Validation des Acquis ou jury de présélection
- 3 - Certificat(s) employeur(s) Aide Médico-Psychologique)
cf fiche ci-jointe à faire remplir obligatoirement par l'employeur
- 4 - Copie de la carte nationale d'identité (recto-verso avec photo ressemblante) ou
copie du passeport valide pendant toute la durée des épreuve
- 5 - Copie de la carte de séjour en règle avec photo ressemblante
- 6 - Photo récente (à coller obligatoirement sur la fiche)
- 7 - 3 Enveloppes petit format à 0,56€
2 Enveloppes 21 x 29,7 à 0,90€ et 2,22€
- 8 - 84 € – Droits d'inscription Chèque Espèces
- 9 - 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 Médico-Psychologique :**
.....

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

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

- Service actuel :**
.....

- ☎
.....

Date de prise de fonction en tant qu'Aide Médico-Psychologique	Date de fin de fonction en tant qu'Aide Médico-Psychologique	Pourcentage de temps travaillé en tant qu'Aide Médico-Psychologique

Total des années d'exercice en tant qu'Aide-Médico- Psychologique 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.