



Formation organisée  
avec le soutien  
de la Région  
Haute-Normandie



**ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES  
DIPLOMÉS D'ETAT**

**FICHE de RENSEIGNEMENTS**

Nom patronymique : \_\_\_\_\_ Nom marital : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Situation familiale : \_\_\_\_\_ Nbre enfant(s) : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_  
(écrire lisiblement)

**Niveau d'études et diplômes**

Baccalauréat : section \_\_\_\_\_

**Année universitaire** :  oui  non **Filière(s)** : \_\_\_\_\_ **Nbre d'année(s)** : \_\_\_\_\_

Autre(s) diplôme(s) : \_\_\_\_\_

**Année d'obtention D.E infirmier** : \_\_\_\_\_ **Expérience professionnelle (en année)** : \_\_\_\_\_

**PARCOURS PROFESSIONNEL :**

SERVICE(S) EFFECTUE(S)	DUREE

Avez-vous suivi la **préparation** au concours **dispensée par l'école** : oui  non  Si oui, en quelle année : \_\_\_\_\_

Avez-vous suivi une **préparation dans une autre école** : oui  non  Si oui, en quelle année : \_\_\_\_\_

**Etes-vous titulaire de l'AFGSU (niveau 2)** : oui  non  Si oui, année d'obtention : \_\_\_\_\_ (joindre photocopie)

Autorisez-vous l'école d'IADE à publier votre nom sur internet en cas de succès aux épreuves : oui  non

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

DATE :

SIGNATURE DU CANDIDAT :