



## INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

AVENUE GUIGONE DE SALINS. B.P. 40104. 21203 BEAUNE CEDEX. TELEPHONE 03 80 24 44 49. FAX 03 80 24 45 83. Courriel : [lst.sec.ifsi@ch-beaune.fr](mailto:lst.sec.ifsi@ch-beaune.fr)

### Annexe 1

#### FICHE D'INSCRIPTION CONCOURS D'ADMISSION 2017 EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

#### ECRIRE EN LETTRES MAJUSCULES IMPERATIVEMENT

Mme  M.

NOM de famille : ..... Prénoms : .....

NOM d'usage : .....

Date et lieu de naissance : .....

Département : ..... Numéro département. : .....

Sexe : féminin  masculin

Nationalité : .....

Situation :

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubinage  Veuf(ve)  Divorcé(e)

Adresse : .....

N° de téléphone :

Domicile : ..... Portable : .....

Adresse électronique : .....

#### ORDRE DE CHOIX DES INSTITUTS DE REGROUPEMENT

**VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT VOUS INSCRIRE DANS L'INSTITUT DE VOTRE 1<sup>ER</sup> CHOIX.**

Lors des résultats, selon votre classement, vous serez affecté(e) à l'institut de votre 1<sup>er</sup> choix ou éventuellement à celui de votre 2<sup>ème</sup> choix.

BEAUNE

SEMUR

Indiquer par les numéros 1 et 2 vos choix dans la case correspondante

#### SITUATION AU MOMENT DE L'INSCRIPTION

✓ Activité professionnelle : OUI  NON

Si oui, laquelle : .....

✓ Demandeur d'emploi : OUI  NON

Si oui, n° d'identifiant : .....

✓ Autres : .....

✓ Diplôme de l'enseignement supérieur : OUI  NON

Si oui, lequel : .....

**TITRE D'INSCRIPTION****Cochez la case correspondante**

- BAC série: \_\_\_\_\_ date d'obtention : \_\_\_\_\_
- Titres énoncés par l'arrêté du 25 août 1969 modifié susvisé ou d'un titre admis en dispense du baccalauréat français en application du décret n°81-1221 du 31 décembre 1981 susvisé : \_\_\_\_\_ date d'obtention : \_\_\_\_\_
- Titre ou diplôme homologué au minimum de niveau IV : \_\_\_\_\_
- Diplôme d'accès aux études universitaires (D.A.E.U) ou Examen spécial d'entrée à l'université (E.S.E.U) date d'obtention : \_\_\_\_\_
- Candidat inscrit en classe de terminale série : \_\_\_\_\_
- Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Médico-Psychologique + 3 ans d'expérience
- Validation des acquis date : \_\_\_\_\_ DRJSCS de : \_\_\_\_\_
- CAFAS/DPAS/DEAS ou DPAP/DEAP + 3 ans d'expérience professionnelle
- Titre ou Diplôme étranger d'infirmier : pays : \_\_\_\_\_  
date d'obtention : \_\_\_\_\_
- Attestation de validation des unités d'enseignement de la première année commune aux études de santé datant de moins d'un an au moment de l'inscription

**Je soussigné(e)** \_\_\_\_\_**atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.****A :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_**Signature :****DATE LIMITE DE DEPOT DU DOSSIER : VENDREDI 10 FEVRIER 2017****(cachet de la poste faisant foi)****✉ TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE**