



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

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^{ER} CHOIX.

Lors des résultats, selon votre classement, vous serez affecté(e) à l'institut de votre 1^{er} choix ou éventuellement à celui de votre 2^{ème} 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**