



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 2018
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 mail :

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 :

Je soussigné (e) Nom : Prénom :

Accepte

N'accepte pas

Que mes résultats aux épreuves de sélection à l'entrée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Beaune soient publiés sur le site internet de l'IFSI des Hospices Civils de Beaune.

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 9 FEVRIER 2018

(cachet de la poste faisant foi)

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE