

**FICHE D'INSCRIPTION
SELECTION POUR L'ENTREE
EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
SESSION 2021**



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Nom : **Nom d'usage :**
Prénom :
Date de naissance :/...../..... **Lieu de naissance :**
Nationalité :
Sexe : féminin masculin
Adresse :
.....
Code postal : **Ville :**
Téléphone : **Téléphone portable :**
Email :
Situation d'handicap : oui non

SITUATION AU MOMENT DE L'INSCRIPTION :

Activité professionnelle : oui non
Si oui laquelle :
Demandeur d'emploi : oui non
Si oui, numéro d'identifiant :
Autre :
Baccalauréat : Série
Année :
Diplôme de l'enseignement supérieur : oui non
Si oui, lequel :
Diplôme professionnel : **Année :**

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

A, le

Signature :

IFSIL / IFAS de Mende
Hôpital Lozère
Avenue du 8 mai 1945 – BP 10
48001 MENDE Cedex
04.66.49.48.32 / Fax : 04.66.49.47.27 / ifsil@ch-mende.fr



Bon à remplir et à retourner obligatoirement dans votre dossier d'inscription

Je soussigné(e)..... déclare m'inscrire aux épreuves de sélection pour l'entrée en formation préparant au Diplôme d'Etat d'Infirmier, session 2021, pour les candidats relevant de la formation professionnelle continue

et, conformément à mon titre d'inscription,

- acquitte les frais d'inscription de 90,00€
- atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document,
- atteste sur l'honneur avoir pris connaissance de la notice d'information,
- atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des dispositions vaccinales obligatoires pour l'entrée en formation (cf. notice d'inscription).

En cas de non-respect de ces conditions, ou d'envoi de dossier incomplet, l'Institut ne pourra être tenu pour responsable.

Fait le : à :

Signature du candidat

(Cocher impérativement une case)

Bon à remplir et à retourner obligatoirement dans votre dossier d'inscription

L'institut ne validera votre inscription qu'à réception du dossier complet et conforme **avant le 11/03/2021**

Nom : Prénom :

FORMULATION DES CHOIX D'INSTITUT PAR ORDRE DE PRIORITE

<u>CHOIX N° 1</u> (institut de formation en soins infirmiers que vous souhaitez intégrer en priorité et au sein duquel vous allez vous inscrire pour passer les épreuves)	<u>CHOIX N° 2</u>	<u>CHOIX N° 3</u>
IFSI D'INSCRIPTION	COCHER UN SEUL IFSI DANS CETTE COLONNE	COCHER UN SEUL IFSI DANS CETTE COLONNE
<input checked="" type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier de Mende	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier d'Ales-Cévennes	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier d'Ales-Cévennes
	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier de Sète	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier de Sète
	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier de Béziers	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier de Béziers
	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier de Carcassonne	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier de Carcassonne
	<input type="checkbox"/> IFSI de l'Association Educative pour l'Hospitalisation Privée de Castelnaud le lez	<input type="checkbox"/> IFSI de l'Association Educative pour l'Hospitalisation Privée de Castelnaud le lez
	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze
	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier
	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier de Narbonne	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier de Narbonne
	<input type="checkbox"/> IFSI Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes	<input type="checkbox"/> IFSI Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes
	<input type="checkbox"/> IFSI Croix Rouge Française de Nîmes	<input type="checkbox"/> IFSI Croix Rouge Française de Nîmes
	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier de Perpignan	<input type="checkbox"/> IFSI du Centre Hospitalier de Perpignan
	<input type="checkbox"/> Ne souhaite pas formuler un deuxième choix	<input type="checkbox"/> Ne souhaite pas formuler un troisième choix

Joindre impérativement les pièces nécessaires à la constitution du dossier

J'atteste sur l'honneur que les copies jointes au dossier sont conformes à l'original.

Fait le à

Signature :