



Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation pour les Aides-Soignants

4 rue de l'ancien calvaire BP 145
62604 BERCK SUR MER Cedex
03 21 09 05 47-secretariat@ifsi-berck.fr

PHOTO

FICHE D'ADMISSION

NOMNOM EPOUSE.....

PRENOM

DATE DE NAISSANCELIEU

DEPARTEMENT DE NAISSANCE

NUMERO DE SECURITE SOCIALE

ADRESSE

CPVILLE.....

ADRESSE PENDANT LES ETUDES

CPVILLE.....

TELEPHONE :PORTABLE :

MAIL :

DIPLOME (pour le BAC la série).....

ANNEE D'OBTENTION.....NUMERO INE.....

LYCEE

DEMANDEUR D'EMPLOI OUI NON

REMUNERE OUI NON

IDENTIFIANT POLE EMPLOI



EMPLOI ACTUEL (si concerné)

EMPLOYEUR

NOM DE LA PERSONNE A PREVENIR

LIEN DE PARENTE

ADRESSE

TELEPHONE.....

PROFESSION PARENT 1 :

PROFESSION PARENT 2 :

NOM DU MEDECIN TRAITANT

ADRESSE

TELEPHONE.....

ETABLISSEMENT D'HOSPITALISATION.....

Berck-sur-mer, le

Signature