

# FICHE D'INSCRIPTION

Avant de renseigner les rubriques ci-dessous lire attentivement la notice jointe

**NOM :**   
(Le nom de jeune fille pour les femmes mariées)

**PRENOM :**

**NOM D'EPOUSE :**   
(Éventuellement)

**DATE DE NAISSANCE :**

**LIEU DE NAISSANCE :**

**SEXE :** 1 pour masculin  
2 pour féminin

**ADRESSE :**   
Bâtiment – Escalier

Numéro – Rue

Commune (si différente du bureau distributeur)

Code Postal Ville

**TELEPHONE OBLIGATOIRE :** **FIXE et/ou PORTABLE**

**ADRESSE E-MAIL :** .....@.....

## TITRE D'INSCRIPTION : COCHER LA CASE CORRESPONDANTE

**Titre ou diplôme homologué au niveau IV (baccalauréat):**  
Inscrire le titre ou diplôme en entier : .....  
.....  
.....

**Année d'obtention :**

**Titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social au minimum au niveau V (BEP, CAP...):**  
Inscrire le titre ou diplôme en entier : .....  
.....  
.....

**Année d'obtention :**

**Candidat titulaire d'un titre ou diplôme étranger permettant d'accéder à l'université dans le pays concerné**

**Année d'obtention :**

**Attestation de suivi d'une première année d'études d'infirmier**

**Année d'obtention :**

**Aucun diplôme**

## SITUATION DU CANDIDAT

**Vous êtes inscrit au Pôle Emploi** **oui** **non**

<u>Date d'inscription</u>		
Jour :	Mois :	Année :
Numéro d'identifiant :		
Quelle région :		

- **Vous avez demandé à votre employeur un congé individuel de formation** **oui** **non**

- **Vous êtes en contrat aidé (CAE, autres...)** **oui** **non**

- **Vous êtes sans activité rémunérée (mère au foyer, étudiant, fin de scolarité ...)** **oui** **non**

- **Autres** .....

- **Vous êtes salarié : justifiant d'un contrat de travail avec un établissement de santé ou une structure de soins**

**CDD :**      **Date de début** .....      **Date de fin :** .....

**CDI depuis le :**

## INSCRIPTION

**LISTE 1\*** : Tout candidat hors Liste 2,3 et 4

**LISTE 2\*** : Candidat sous contrat de travail

**LISTE 3\*** : Candidat possédant un diplôme d'auxiliaire de puériculture, diplôme d'ambulancier ou de certificat de capacité d'ambulancier, diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou de la mention complémentaire aide à domicile, diplôme d'Etat d'aide médico psychologique, titre professionnel d'assistante de vie aux familles.

**LISTE 4\*** : Candidat possédant un baccalauréat professionnel « accompagnement, soins, services à la personne » ou « services aux personnes et aux territoires »

**\*Barrer les mentions inutiles cf Annexe 1**

**Je demande mon inscription pour le choix (\*Barrer les mentions inutiles cf Annexe 1)**

<b>LISTE 1*</b>	<b>LISTE 2*</b>	<b>LISTE 3*</b>	<b>LISTE 4*</b>
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

**Souhaitez-vous que votre nom apparaisse sur les résultats qui seront publiés sur le site internet [www.ifs-berck.fr](http://www.ifs-berck.fr)**  oui  non

J'accepte sans réserve, le règlement qui régit les épreuves de sélection.

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

A....., le .....  
Signature :