FICHE D'INSCRIPTION

N° de dossier

ÉPREUVES DE SÉLECTION DANS LES INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
REGROUPEMENT D LITTORAL

(Avant de renseigner les rubriques ci-dessous lisez attentivement la notice jointe)

NOM (de jeune fille pour les femmes mariées)

PRÉNOM

NOM D'ÉPOUSE *(éventuellement)*

DATE DE NAISSANCE SEXE 1 pour masculin

2 pour féminin

LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

TÉLÉPHONE PORTABLE

ADRESSE MAIL ----------@----------

Travaillez-vous actuellement ? OUI - NON **Nom et adresse de l'employeur :**

Titre d'inscription (cocher la case correspondante)

1 ☐ Terminale série : ..... **ou** ☐ Titulaire du B.A.C. Série : .....

2 ☐ Équivalence E.S.E.U ☐ AUTRES :
☐ Équivalence D.A.E.U :

3 ☐ Titre homologué au niveau IV :

4 ☐ Titulaire de l'examen de niveau Année d'obtention :

Département de passage :

5 ☐ Autorisation Jury Validation des Acquis Année d'obtention:

6 ☐ DEAS (DPAS-CAFAS) Année d'obtention :
☐ DEAP (DPAP)
☐ DEAMP
+ attestation de l'employeur (3 ans d'exercice) à la clôture de l'inscription

7 ☐ Candidats PACES Année d'inscription :
☐ Attestation de validation des UE 1ère année PACES

8 ☐ Titulaire d'un diplôme infirmier obtenu hors d'un état membre
De l'Union Européenne

Inscriptions aux épreuves de sélection dans un autre regroupement d'Instituts de la Région Hauts de France (cocher la case correspondante)

□ oui □ non

Inscriptions aux épreuves de sélection dans d'autres régions que la Région Hauts de France (cocher la case correspondante)

□ oui □ non

Si oui : la ou lesquelles : ……

Souhaitez-vous que votre nom apparaisse sur les résultats qui seront publiés sur le site internet www.ifsi-berck.fr

□ oui □ non

Je m'engage à ne pas modifier mon choix après le dépôt du dossier et 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