



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

**FICHE D'INSCRIPTION
FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
Année universitaire 2022-2023**

Primo-entrant

PHOTO
récente
obligatoire

Nom de naissance :	Nom marital :
Prénom :	Date de naissance :
Lieu de naissance :	Département de naissance :
Pays :	Nationalité :
Téléphone domicile :	Téléphone portable :
Email :	N° de Sécurité Sociale <u>personnel</u> :
Adresse durant l'année 2022-2023 :	
Code postal :	Ville :

NOM DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (1 obligatoire) :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Lien de parenté :
NOM DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (2 facultatif) :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Lien de parenté :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :	
ADRESSE :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	
Etablissement d'hospitalisation :	

DERNIER DIPLOME :	
BAC <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AUTRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Série :	Préciser lequel :
Année d'obtention :	Numéro INE :
Dernier établissement fréquenté (Lycée, Université, Classes préparatoires) :	
Inscription PARCOURSUP <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Epreuves de sélection <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
DEMANDE DE DISPENSE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Joindre un dossier de demande de dispense qui sera étudié lors de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants (Arrêté du 13/12/2018 – Chapitre III – Art 7 et 8). Contacter le secrétariat si besoin	
STATUT ACTUEL :	
Demandeur d'emploi : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Salarié : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Identifiant Pôle Emploi :	Emploi actuel :
Région Agence Pôle Emploi :	Employeur :

Êtes-vous :

En situation de handicap : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Boursier de l'enseignement supérieur : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DES PARENTS : (Facultatif - Cocher la case correspondante)

	PARENT 1	PARENT 2
Agriculteurs exploitants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadres et professions intellectuelles supérieures, professions libérales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvriers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professions Intermédiaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décédé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le signataire atteste la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document et s'engage à informer le secrétariat de l'Institut de tout changement.

Fait à, le

Signature de l'étudiant :

Signature du représentant légal :
(Si étudiant mineur)