



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 DE RENSEIGNEMENTS (ANNEXE 1)

Primo-entrant

PHOTO
récente
obligatoire
A coller

Nom de naissance : _____

Nom marital : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____ Département : _____

Pays : _____ Nationalité : _____

Téléphone portable : _____

E-mail personnel : _____

Adresse durant l'année 2023-2024 :

Code postal : _____ Commune : _____

Adresse familiale :

Code postal : _____ Commune : _____

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

▪ Nom/Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone : _____

▪ Nom/Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone : _____

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____



Catégorie d'inscription :

PARCOURSUP

Epreuves de sélection FPC

Report d'entrée en formation Oui Non Année de sélection : _____

Mutation – IFSI d'origine : _____

Diplômes - Formations :

Année d'obtention du BAC : _____ Série : _____

Autre diplôme obtenu : _____ Année d'obtention : _____

Numéro INE :

Dernier établissement fréquenté (Lycée, Université, Classes préparatoires) :

Demande de dispense d'Unité d'Enseignement (UE) :

OUI NON

Contactez le secrétariat pour constituer 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).

Demande d'aménagement de formation :

OUI NON

Contactez le secrétariat pour constituer un dossier de demande d'aménagement qui sera étudié lors de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants (Arrêté du 23/01/2020 – Chapitre I Art 4.1).

Statut actuel :

Merci de cocher la ou les case(s) relative(s) à votre situation, compléter l'Annexe 3 et joindre les justificatifs demandés

Elève ou étudiant OUI NON

Demandeur d'emploi OUI NON

Salarié OUI NON

Boursier de l'enseignement supérieur
 OUI NON

En situation de handicap OUI NON

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document et m'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)