



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

INDEMNITES DE STAGES (ANNEXE 3)

1^{ère} année

2^{ème} année

3^{ème} année

IDENTITE DE L'ETUDIANT(E)

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ à : _____ Département : _____

Adresse familiale : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Adresse de l'étudiant(e) : _____

Numéro de Sécurité Sociale : _____

Permis de conduire

Véhicule personnel

Autres cas :

Permis en cours

Autre(s) moyen(s) de déplacement,

Précisez : _____

Fait à _____

Le _____

Signature de l'Etudiant(e)

**- Joindre obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire à votre nom
- Tout changement doit être signalé au Secrétariat**

