



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)

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 2024 :

Code postal : _____ Commune : _____

Adresse familiale (si différente) :

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 : _____



Diplômes - Formations :

Année d'obtention du BAC : _____ Série : _____

Autre diplôme obtenu : _____ Année d'obtention : _____

Numéro INE :

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

Statut actuel :

Merci de cocher la ou les case(s) relative(s) à votre situation et joindre le(s) justificatif(s) correspondant(s) :

Elève ou étudiant	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Salarié	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Boursier	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
En situation de handicap	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> 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'élève :

Signature du représentant légal :
(Si élève mineur)