EPREUVES DE SELECTION DANS LES INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE L'AISNE, L'OISE ET LA SOMME

DOSSIER D'INSCRIPTION

COLONNE RESERVEE à l'ADMINISTRATION

Dossier N°

Dossier Complet

OUI ❑ NON ❑

Date de dépôt

/_____ /_____ /20____ /

TAMPON

NOM de naissance : .....

NOM d'usage (marital) : .....

PRENOM : .....

DATE de NAISSANCE : Jour / Mois / Année /_____ /_____ /_____ / Sexe : ❑ M ❑ F

LIEU de NAISSANCE : .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL /__/__/__/__/__/ VILLE .....

TELEPHONE ..... PORTABLE .....

EMAIL .....@.....

Situation actuelle

❑ Baccalauréat Série ..... Année ..... N° national (I.N.E.) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

❑ en Classe de Terminale Série .....

❑ Equivalence Laquelle ..... Année .....

❑ Attestation de réussite aux épreuves de présélection délivrée par l'ARS le _ _ / _ _ / _ _ _ _

❑ Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique Année .....

❑ Journée défense et citoyenneté accomplie le _ _ / _ _ / _ _ _ _

CHOIX DES INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Indiquez obligatoirement les 11 codes des Instituts dans l'ordre de vos préférences ***(non modifiable)***

/_____ / /_____ / /_____ / /_____ / /_____ / /_____ / /_____ / /_____ / /_____ / /_____ /_____ /

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Le Candidat soussigné certifie sur l'honneur avoir donné des renseignements exacts.

Date du : /___ /___ / 20___ / Signature du candidat :

Information CNIL : «Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des épreuves de sélection en soins infirmiers. Les destinataires des données sont les IFSI du regroupement de l'Aisne, l'Oise et la Somme. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Directeur de l'IFSI. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.