

FICHE D'INSCRIPTION POUR LA FORMATION CONTINUE

Institut de Formation en Soins Infirmiers de
Versailles
25 boulevard Saint Antoine – 78000 VERSAILLES
Tél. : 01 39 63 93 39 – Mail : ifsisecgen@ch-versailles.fr
Site Facebook : <https://fr-fr.facebook.com/ifsi.ifas.versailles/>
Site Mail : <http://ifsi-ifas.ch-versailles.fr/>
WebConcours : <http://ifsi-komunote.ch-versailles.fr/WebConcours/>

Coller ou
agrafer
votre photo

Obligatoire

Sélection Infirmier 2022

Epreuves de sélection à l'entrée en formation en Soins Infirmiers

Listes des documents page 4 de la notice - Complétez impérativement le document « Annexe 1 »

Identification du candidat :

Nom : _____ Prénom : _____
Nom marital : _____
Nationalité : _____
Date de naissance ____/____/____ Sexe : Masculin Féminin
Commune de naissance : _____ Département de naissance : _____
Adresse: _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone Portable : _____ Téléphone Fixe : _____
Email du candidat : _____@_____

Modalité d'inscription

L'IFSI de VERSAILLES fait parti du groupement IFSI-U Université Versailles Saint-Quentin (UVSQ) :

CH de Versailles	CH de Rambouillet
MGEN de la Verrière	CHI Poissy Saint Germain
CHI Meulan les Mureaux	Ambroise Paré AP-HP
Raymond Poincaré	Hôpital Foch

Vœux n° 1 : IFSI de Versailles

Vœux n° 2 : _____ inscrire l'ifsi de votre choix ou noter **AUCUN**

Si votre classement ne vous permet pas l'entrée dans l'IFSI de votre vœu n°1, vous serez affecté dans l'IFSI de votre vœu n°2 sous réserve de place disponible (Cf. page 3 de la notice).

Autres situations :

Etes-vous un agent du Centre Hospitalier de Versailles ? Oui Non

Sollicitez-vous un aménagement 1/3 temps ? Oui Non *Si oui, joindre à votre dossier d'inscription la notification d'avis d'aménagement des conditions d'examen ou de concours de la MDPH. Elle doit mentionner pour quelle épreuve elle est délivrée ainsi que la date de cette épreuve.*

Art 12 bis arrêté du 22 oct 2005 modifié : « Dans chaque institut de formation, les candidats aux épreuves d'admission présentant un handicap peuvent déposer un demande d'aménagement des épreuves. Ils adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et en informent les instituts de formation. »

Je soussigné(e),atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et m'engage à ne pas modifier mon choix de liste après dépôt du dossier. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement qui régit les épreuves de sélection.

Je n'autorise pas le service l'organisateur du concours à publier ses noms et prénoms sur Internet dans le cadre de la diffusion des résultats

Fait à _____, le _____ **SIGNATURE DU CANDIDAT**

LISTE DES EMPLOIS ET/OU DE COTISATION À UN RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE

Agrafer à cette liste les attestations d'emplois et/ou de cotisations dans le même ordre que le tableau complété

NOM DE NAISSANCE : _____ NOM D'USAGE : _____	Prénom : _____
---	----------------

Employé occupé	Employeur et /ou Organisme	Période : du 00/00/0000 au 00/00/0000	Durée		
			Semaine	Mois	Année
TOTAL					

Date et signature :