

# 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 : [ifsi.chv@ght78sud.fr](mailto:ifsi.chv@ght78sud.fr)  
Site Facebook : <https://fr-fr.facebook.com/ifsi.ifas.versailles/>  
Site Mail : <http://ifsi-ifas.ch-versailles.fr/>

Coller ou  
agrafer  
votre photo

**Obligatoire**

## Sélection Infirmière 2024 pour la rentrée septembre 2025

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 : \_\_\_\_\_

E-mail du candidat : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### Modalités d'inscription

L'IFSI de VERSAILLES fait partie 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

Vœu n° 1  : IFSI de Versailles

Vœu n° 2  : \_\_\_\_\_ (inscrire l'IFSI de votre choix ou noter **AUCUN**)

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

Je souhaite participer à la formation parcours spécifique AS

### 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**

