

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
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

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

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

NOM DE NAISSANCE : _____ NOM D'USAGE : _____		Prénom : _____			
Emploi occupé	Employeur et /ou Organisme	Période : du 00/00/0000 au 00/00/0000	Durée		
			Semaine	Mois	Année
TOTAL					

Date et signature :