**INSCRIPTION FILIERE INFIRMIERE FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE**

NOM .................................................................... PRENOM .............................................................

(de jeune fille pour les femmes mariées)

NOM D’EPOUSE ..........................................................................................................................................

SEXE masculin féminin

DATE DE NAISSANCE ............/............/............ Lieu de naissance : ………………………………………….

ADRESSE : Rue /N°/Ville : ..........................................................................................................................................................

Code postal……../……../……../……../……../

🕿fixe : …../…../…../…../…../…../…../…../…../…../ Portable :…../…../…../…../…../…../…../…../…../…../ Email :…………….………@......................................

Numéro de sécurité sociale : ……………………………………………

CADRE RESERVE A

L’ADMINISTRATION

N° dossier :

Autorisation de publication des résultats sur internet 🞏 OUI 🞏 NON **(à remplir obligatoirement)**

**PIECES JOINTES A LA FICHE D’INSCRIPTION :** (**veuillez joindre les justificatifs et cocher les cases correspondantes**)

🞏 Fiche d’inscription dûment complétée informatiquement et signée.

🞏 Curriculum Vitae

🞏 Lettre de motivation

🞏 Un document tapuscrit de quatre pages maximum

🞏 Photocopie lisible du ou des diplômes détenus, le cas échéant

🞏 Photocopies des certificat(s) employeur(s) justifiant de 3 ans d'expérience professionnelle et attestations de formations continues

🞏 Photocopie lisible d’une pièce d’identité recto verso (carte nationale d’identité ou passeport, en état de validité à la date des épreuves).

🞏 Attestation sur l’honneur

🞏 Frais de sélection d’un montant de **60 euros** par chèque à l’ordre du Trésorier de Sarrebourg. Le non versement du droit d’inscription ne permet pas de concourir. **Aucun remboursement n’est effectué.**

🞏 4 **timbres** postaux **autocollants** lettre **prioritaire** au tarif en vigueur.

**CLASSIFICATION DES VŒUX D’AFFECTATION : en lien avec les 10 instituts du bassin universitaire de Strasbourg**

🞏 Choix n°1 : Institut de formation en santé du Centre Hospitalier de SAVERNE : IFSI SAVERNE

Si le quota pour l’Institut de formation de Saverne est atteint vers quel Institut de Formation en Soins infirmiers souhaitez-vous être affecté ?

🞏 Choix n°2 : Institut de Formation en Soins Infirmiers de : …………………………………………………………..

🞏 Choix n°3 : Institut de Formation en Soins Infirmiers de : …………………………………………………………..

Je m’engage à ne pas modifier mon choix après le dépôt du dossier et j’accepte sans réserve le règlement qui régit la sélection

- Je soussigné atteste sur l’honneur l’exactitude des renseignements et des documents joints.

Date et signature :