

Session de préparation à la sélection pour l'entrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers des professionnels relevant de la formation professionnelle continue (FPC)

Nom :

Nom d'épouse :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département :

Adresse :

Dernières études poursuivies :

Téléphone fixe :

Dernier diplôme obtenu :

Portable :

Occupez-vous un emploi ? Oui Non

E-mail :

Dernier poste occupé :

Nationalité :

Lieu(service/secteur) :

Situation familiale et nombre d'enfants :

N° Sécurité sociale :

Mode de prise en charge de la formation :

Employeur

Personnelle

Autre (précisez)

Si prise en charge par l'employeur,
merci de préciser :

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

Téléphone :

**Personne à qui la convention doit être
envoyée/personne à contacter :**