

Cadre réservé au CFA
Dossier reçu le :

Photo
obligatoire

Dossier d'inscription

D.E Infirmier – Rentrée

Ce dossier est à retourner au CFA accompagné de :

- CV et lettre de motivation
- Vos bilans de stage
- Vos fiches d'acquisition des compétences en stage
- Vos feuilles récapitulatives des semestres 1 & 2 éventuellement des semestres 3 & 4

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

N° à contacter en
cas d'urgence :/...../...../...../..... E-Mail :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Nationalité : N° de sécurité sociale :

Si vous n'êtes pas de nationalité française, votre situation administrative doit vous permettre de signer un contrat de travail à temps plein (vous devez absolument nous produire une carte de séjour, ou autre, avec la mention « Autorisation de travail »)

Vos déplacements :

Véhicule personnel > Temps de trajet maximum :

Transport en commun > Temps de trajet maximum :

Précisez le type de transport et la station de départ :

Bus : Station :

Tramway : Station :

Autres :



Centre de Formation
par l'Apprentissage



Association pour la Formation
Professionnelle Continue

Votre parcours sur les deux dernières années :

Années scolaires	Etablissement (adresse)	Classes	Diplômes obtenus

IFSI fréquenté actuellement :

Votre numéro INE ou BEA (Identifiant National d'Etudiant) :

Votre formation Infirmier :

Nombre d'ECTS validé au 1^{er} semestre :/30

Nombre d'ECTS validé au 2^{eme} semestre :/30

Nombre d'ECTS validé au 3^{eme} semestre :/30

Nombre d'ECTS validé au 4^{eme} semestre :/30

❖ Quels sont les stages que vous avez effectués en 1^{ere} année ?

- Soins de courte durée
- Soins en Santé Mentale et en Psychiatrie
- Soins de Longue Durée et Soins de Suite et de Réadaptation
- Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie

❖ Quels sont les stages que vous avez effectués en 2^{eme} année ?

- Soins de courte durée
- Soins en Santé Mentale et en Psychiatrie
- Soins de Longue Durée et Soins de Suite et de Réadaptation
- Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie

Nom de votre référent pédagogique au sein de l'IFSI :

Avez-vous un établissement employeur ? Oui Non

Si oui, nom et adresse de cet établissement :

Personne à contacter dans cet établissement : Téléphone : .../.../.../.../...

<input type="checkbox"/> J'accepte que l'administration de mon IFSI communique au CFA les données contenues dans mon dossier scolaire	Signature de l'étudiant :
---	---------------------------

VISA DE LA DIRECTION DE L'IFSI
(obligatoire)