HOPITAL FOCH
Institut de Formation en Soins Infirmiers
11, rue Guillaume Lenoir
92150 SURESNES
☎ 01 46 25 21 82

FICHE D'INSCRIPTION 2021

Coller une photo récente

ETAT CIVIL

NOM :…….. **NOM DE JEUNE FILLE :** ……

PRENOMS : …… **DATE DE NAISSANCE** : …….

AGE :…….. **LIEU DE NAISSANCE** (+département)……
…
ADRESSE : ……

Code postal :……...Ville :……..…

☎ domicile: /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/ Portable /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Email (lisible) :……..@……..

N° Sécurité sociale de l'étudiant /__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/__/ /__/__/__/ /__/__/ - N° de centre :……..

NATIONALITE : ……..…

SITUATION FAMILIALE

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ PACS ☐ Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfants : …….. Age des enfants :……

PARENTS

PERE	MERE
NOM :	**NOM :**
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
☎ domicile: ☎ portable :	☎ domicile: ☎ portable :
Profession : ☎ travail (n° et poste)	**Profession :** ☎ travail (n° et poste)

Nombre de frères et sœurs : ……Ages : ……

CONJOINT

NOM : …… Prénom : ……

Profession : …….. ☎ Travail (n° et poste) :……..

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM Prénom : …….. Lien de parenté : ……..

☎ Domicile: /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Portable : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

☎ Travail (n° et poste) : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

ETUDES

Etudes en soins infirmières : OUI ☐ NON ☐ / Si oui combien d'année ……IFSI d'origine :…….

Niveau universitaire : …….. Spécialité : ……

Langues parlées et écrites : ……

Titulaire du BAFA OUI ☐ NON ☐

Titulaire du PSE1 ou PSC1 OUI ☐ NON ☐

Titulaire de l'AFGSU OUI ☐ NON ☐

Possibilité d'être motorisé(e) : OUI ☐ NON ☐ (pour déplacements en stage)

Diplômes scolaires – universitaires - professionnels	Dates d'obtention	Département d'obtention

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Activités professionnelles (préciser la qualification)	Durée du Contrat	Dates de l'activité

SITUATION ADMINISTRATIVE A L'ENTREE EN FORMATION

Si vous êtes inscrit à Pole Emploi, compléter le tableau suivant :

Numéro identifiant	
Date inscription à PE	
Date ouverture des droits	
Durée indemnisation	

Pour le suivi du présentiel durant la formation, merci de répondre obligatoirement à la question suivante :

Percevez-vous une rémunération pendant la formation : OUI ☐ NON ☐ EN COURS ☐

Date :

Signature de l'étudiant : ou Signature des parents :
(si l'étudiant est mineur)