

**CONCOURS INFIRMIER 2018**

**FICHE D'INSCRIPTION aux EPREUVES DE SELECTION**

(ne déposer qu'une seule inscription dans un IFSI de la région Ile de France hors AP-HP et CRF)

Nombre de places ouvertes au concours : Liste 1 = 65 Liste 2 = 3 Liste 3 = 1 Liste 5 = 1

**IDENTIFICATION DU CANDIDAT**

*Ecrire en lettres majuscules*

Nom patronymique : \_\_\_\_\_ Nom d'épouse : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : Masculin  Féminin   
 Date de Naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 ☎ : \_\_\_\_\_ 📠 : \_\_\_\_\_  
 email : \_\_\_\_\_ CDAPH (aménagement des épreuves de sélection) :

**TITRE D'INSCRIPTION**

*Cocher la case correspondante et fournir les justificatifs demandés*

Liste 1	Liste 2	Liste 3	Liste 4	Liste 5
<input type="checkbox"/> 1. Baccalauréat <input type="checkbox"/> 2. Candidat inscrit en classe terminale <input type="checkbox"/> 3. Equivalence <input type="checkbox"/> 4. Titulaire du C.A.F.A.M.P <input type="checkbox"/> 5. Jury régional de préselection <input type="checkbox"/> acquis <input type="checkbox"/> en attente	<input type="checkbox"/> Titulaire du D.E.A.S./D.P.A.S./C.A.F.A.S ou D.E.A.P./D.P.A.P./C.A.F.A.P <input checked="" type="checkbox"/> Employé(e) au Centre Hospitalier V. Dupouy d'Argenteuil <input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non Service : _____ Date d'entrée au CHA : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Titulaire d'un diplôme d'infirmier en soins généraux hors CEE	<input type="checkbox"/> Titulaire d'un diplôme relevant de l'article 36 (cf. page 11)	<input type="checkbox"/> Etudiant issu de la PACES (Première année commune aux études de santé)

**SITUATION ADMINISTRATIVE**

*Cochez votre situation actuelle*

ISSU(E) du CURSUS SCOLAIRE    FORMATION PROFESSIONNELLE    SALARIÉ    RECHERCHE D'EMPLOI

Etes-vous inscrit à d'autres concours ? AP-HP :  oui  non   C.R.F. :  oui  non   Avez-vous suivi une préparation ?  oui  non

 Prendre connaissance des conditions de financement de la formation (paragraphe III, page 6, Condition d'entrée à l'IFSI)

Autorisez-vous la parution de vos résultats sur le site internet de l'IFSI ? :  OUI    NON

**Je soussigné(e), atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document**

A : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ Signature :

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

Demande d'admission/lettre manuscrite    Attestation d'inscription en classe terminale    Certificat(s) de travail  
 Photocopie de la pièce d'identité    Attestation d'inscription ou de validation en PACES    1 photo d'identité  
 Copie titre d'inscription    Autorisation procédure de préselection    4 timbres  
 75 € réglés par chèque daté du : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Baccalauréat : Série : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_    Jury régional de préselection    C.A.F.A.M.P. : année d'obtention \_\_\_\_\_  
 Equivalence : Origine : \_\_\_\_\_   Année d'obtention: \_\_\_\_\_    En attente  
 Diplôme d'infirmier en soins généraux hors CEE    D.E.A.S – D.P.A.S. – C.A.F.A.S.    Employé(e) au CHA  
 Intitulé : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_    D.E.A.P – D.P.A.P. – C.A.F.A.P.  
 Année d'obtention : \_\_\_\_\_   Année d'obtention: \_\_\_\_\_

**DATE DE RECEPTION :**