



FICHE D'INSCRIPTION A LA PREPARATION AU CONCOURS INFIRMIER - LISTE 1, LISTE 2 ET LISTE 4 Année scolaire 2017 - 2018

Date et heure de l'entretien/....../2017 àh....

<p>Nom :</p> <p>Nom marital:</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :/...../..... Sexe :</p> <p>Lieu de naissance : Département :</p> <p>Nationalité :</p> <p>Adresse :</p> <p>Code postal : Ville :</p> <p>Téléphone fixe :</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>Courriel :</p> <p>Si candidat mineur, Nom et Prénom du responsable légal :</p> <p>Statut : <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Emploi d'avenir <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi Identifiant N° :</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <hr/> <p><u>Diplôme</u></p> <p>☆ Diplôme le plus élevé obtenu : Année :</p> <p>☆ Niveau scolaire (dernière classe fréquentée) :</p> <hr/> <p><u>Inscription :</u></p> <p>Liste 1 <input type="checkbox"/> Liste 2 <input type="checkbox"/> Liste 4 <input type="checkbox"/></p> <p><u>Toute formation commencée est due en totalité.</u></p> <p><u>Attention : l'inscription à la préparation ne comprend pas l'inscription au concours</u></p>	<p>Partie réservée à l'Administration</p> <p><u>Pour toutes les listes</u></p> <p><input type="checkbox"/> Lettre de motivation manuscrite</p> <p><input type="checkbox"/> Curriculum vitae</p> <p><input type="checkbox"/> Photocopie de la carte d'identité recto-verso</p> <p><input type="checkbox"/> 2 photos d'identité avec nom et prénom au verso</p> <p><input type="checkbox"/> 2 enveloppes à fenêtre affranchies au tarif en vigueur <u>(lettre prioritaire 20 grammes)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Règlement de la formation choisie</p> <p><u>Pour la liste 1</u></p> <p><input type="checkbox"/> Attestation de réussite au bac</p> <p><input type="checkbox"/> Relevé des notes du bac pour les candidats ayant obtenu leur diplôme</p> <p><input type="checkbox"/> Bulletins trimestriels de 1ère et de terminale</p> <p><input type="checkbox"/> DAEU</p> <p><input type="checkbox"/> Attestation de validation des unités d'enseignement de la Première année commune aux études de santé</p> <p><input type="checkbox"/> Attestation dispense</p> <p><input type="checkbox"/> Validation des acquis</p> <p><input type="checkbox"/> Photocopie du DEAMP (ou DAMP)</p> <p><u>Pour la liste 2</u></p> <p><input type="checkbox"/> Attestations de travail mentionnant 3 années effectives de travail</p> <p><input type="checkbox"/> Photocopie du DEAS ou du DEAP (ou DPAS, CAFAS, ou DPAP, CAFAP)</p> <p><input type="checkbox"/> Photocopie du dossier d'évaluation pour les titulaires du DEAS ou du DEAP (ou DPAS, CAFAS, ou DPAP, CAFAP)</p> <p><u>Pour la liste 4</u></p> <p><input type="checkbox"/> Photocopie de l'attestation de validation des unités d'enseignement de la première année commune aux études de santé datant de moins d'un an au moment de l'inscription.</p> <p><input type="checkbox"/> Certificat de scolarité 1^{ère} année PACES</p> <p>Candidat retenu : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
---	--

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document. Je m'engage à régler la totalité de la formation avant le début de la session.

Fait à :

Le :

Signature :