INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ET AIDES—SOIGNANTS
N° de déclaration d'activité 52 44 04316 44 — N° SIRET 264 400 268 00019

FICHE D'INSCRIPTION
ANNÉE 2024/2025
Promotion 2024-2027

ÉTAT CIVIL

N° National (BEA ou Identifiant National Etudiant INE) 11 caractères

N° INSEE ou Sécurité Sociale Sexe M ☐ F ☐

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom Date de naissance Département

Ville de naissance Pays Nationalité

Situation familiale Nombre d'enfants

Adresse pendant les études N° rue / allée…

Code Postal Ville

N° de téléphone Courriel @

Adresse des parents / ou autre N°

Code Postal Ville

N° de téléphone

Profession du conjoint (e)

du père de la mère

Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'accident

☑ Je m'engage à signaler au secrétariat tout changement concernant les renseignements ci-dessus durant l'année scolaire.

SITUATION

Permis ☐ Oui Date ☐ Non

Permis en cours ☐ Oui Posséderez-vous un véhicule ☐ Oui ☐ Non

Bénéficierez-vous des bourses régionales ☐ Oui ☐ Non ☐ Demande en cours

de Pôle Emploi ☐ Oui ☐ Non ☐ Demande en cours

d'un CPF (Fongécif…° ☐ Oui ☐ Non ☐ Demande en cours Si oui lequel

d'une Promotion Professionnelle ☐ Oui Etablissement

☑ Je m'engage à signaler au secrétariat tout changement ou complément concernant les renseignements ci-dessus durant l'année scolaire.