Groupe hospitalier
Paris Saint-Joseph

FICHE D'INSCRIPTION

à retourner dûment remplie au secrétariat infirmier accompagnée des documents demandés dans le dossier d'inscription

Nom _____

Nom d'épouse _____

Prénom _____

Date de naissance _____ **Lieu de naissance** _____ **n° Département** _____

Adresse_____

_____

_|_|_|_|_| **Code postal** **Ville**_____ **Fixe :** ☎ _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Portable : ☎ _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse mail au nom du candidat obligatoire selon le format suivant :
(nom.prénom@fournisseur)_____

Titre d'inscription (*cocher la case correspondante)*

- ☐ **Baccalauréat série** _|_|_|_|
- ☐ **Equivalence / Titre homologué niveau IV**
- ☐ **Candidat inscrit en classe terminale série** _|_|_|_|
- ☐ **Diplôme d'infirmier autre pays**
- ☐ **Diplôme étranger** *(fournir la reconnaissance académique du centre ENIC-NARIC)*
- ☐ **Titulaire du DEAP/DEAS + 3 ans d'exercice professionnel**
- ☐ **Titulaire du DEAMP + 3 ans d'exercice professionnel**
- ☐ **Expérience professionnelle de 5 ans + jury de présélection**
- ☐ **Titulaire de l'examen de niveau (DAEU/ESEU)**
- ☐ **Expérience professionnelle paramédicale de 3 ans + jury de pré-sélection**
- ☐ **PACES de l'année en cours ou de l'année précédente**
- ☐ **Candidat européen justifiant de 60 crédits en formation en soins infirmiers**

Joindre un chèque représentant le montant des droits d'inscription : **Montant du chèque(*) :** ☐ **106 Euros** ☐ **53 Euros (salariés du GHPSJ)**

(*) **<u>Les frais d'inscription restent acquis en cas de désistement</u>** (sauf en cas de production d'un certificat médical)

- **J'accepte sans réserve le règlement qui régit le concours**
- **Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.**

A…….. le …….. **Signature**