Ici votre

Photo

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Formation continue

FICHE D'INSCRIPTION

Accompagnement aux épreuves de sélection pour l'admission en IFSI
Candidats relevant de la Formation Professionnelle Continue

Nom : ……

Nom d'usage : ……

Prénom : ……

Date de Naissance : |_|_||_|_|_||_|_|

Lieu de naissance : ……

Adresse : ……

Code Postal : |_|_||_|_|_| **Ville :** ……

Téléphone fixe : |_|_||_|_|_||_|_||_|_|_| **Portable :** |_|_||_|_|_||_|_||_|_|_|

Adresse mail : ……

SCOLARITE

Dernière classe suivie : ……

Diplôme(s) obtenu(s) : ……

SITUATION PROFESSIONNELLE

Emploi occupé actuellement : ……

Lieu de travail : ……

Adresse complète : ……

EMPLOYEUR

Nom : ……

Adresse complète : ……

Téléphone professionnel : |_|_||_|_|_||_|_||_|_|_| **N° Poste :** |_|_||_|_|_||_|_||_|_|_|

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

- A titre individuel ☐ OUI NON ☐
- Au titre de la formation continue ☐ OUI NON ☐

Facture et convention à adresser : ……
……

INSCRIPTION

Merci de transmettre cette fiche d'inscription à Isabelle BISUTTI – IFSI Paris Saint-Joseph
185 rue Raymond Losserand – 75014 PARIS ou par mail sifsi@ghpsj.fr / ibisutti@ghpsj.fr

Date : **Date :**

Signature et cachet de l'employeur **Signature du stagiaire**