

FICHE D' INSCRIPTION

EPREUVES SELECTION PREPARANT AU D.E.A.S.

- CURSUS COMPLET -



SESSION

0

2019

N° d'inscription :

PHOTO

*(Ce document doit-être imprimé, complété + retourné avec les autres pièces du dossier.
Tout dossier incomplet sera rejeté automatiquement et non traité).*

NOM DE JEUNE FILLE

Prénoms

NOM MARITAL

DATE DE NAISSANCE

AGE

LIEU - DEPARTEMENT DE NAISSANCE

SEXE

1 pour masculin

2 pour féminin

ADRESSE

CP - VILLE

TELEPHONE FIXE

TELEPHONE PORTABLE

ADRESSE EMAIL

NATIONALITE

CADRE RESERVE A L'I.F.A.S.

LP

Classement

LC

* Copie C.A.P. ou B.E.P. (titre ou diplôme du secteur sanitaire et social homologué niveau V).

* Copie Bac général (titre ou diplôme au minimum au niveau IV ou enregistré à ce niveau au R.N.C.P.).

* Diplôme étranger permettant l'accès direct aux études universitaires dans le pays où il a été obtenu.

* Attestation d'avoir suivi une 1ère Année de formation en soins infirmiers.

* Copie Bac pro. S.A.P.A.T.

* Copie Bac pro. A.S.S.P.

* Attestation récapitulative de pré-inscripton en ligne

* Copie carte d'identité, passeport

* Attestation A.F.G.S.U.

* Demande d'aménagement des épreuves avec avis du médecin désigné par la C.D.A.P.H.

* C.V. (Curriculum Vitae)

* Droits d'inscription = chèque de 67,50 €

* 3 enveloppes à fenêtre timbrées

* Pour Bac A.S.S.P. ou S.A.P.A.T., attestation de choix de cursus complet.

* Photo d'identité

Motif d'annulation de dossier :

* dossier incomplet

* désistement

* non respect des délais de réponse

C.H.A.N. - B.P. 119 - 07103 ANNONAY CEDEX - Tél. 0475167131

TITRE D'ADMISSION

1 C.A.P. ou B.E.P. (titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau V, délivré dans le système de formation initiale ou continue français. ANNEE : _____)

2 Bac général (titre ou diplôme homologué au minimum au niveau IV ou enregistré à ce niveau au R.N.C.P., délivré dans le système de formation initiale ou continue français. ANNEE : _____)

3 Diplôme étranger ou titre permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu. ANNEE : _____

4 Etudiant(e) ayant suivi une première année d'études conduisant au D.E.I. et n'ayant pas été admis(e) en deuxième année. ANNEE : _____

5 Bac pro. S.A.P.A.T. (si choix de suivre la formation en cursus complet). ANNEE : _____

6 Bac pro. A.S.S.P. (si choix de suivre la formation en cursus complet). ANNEE : _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Marié(e)

Concubin(e)

Autres

AUTRE(S) CENTRES(S) DE CONCOURS :

OUI

NON

Si oui, lequel (lesquels) :

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

A

le

SIGNATURE :

CCRS AIDE SOIGNANTE/FICHE INSCRIPTION 0.XLS