

IRFSS Bourgogne Franche Comté

FICHE D'INSCRIPTION-FORMATION INITIALE

Merci de coller une photo

« Infirmièr(e) diplômé(e) d'Etat »

Candidats Parcoursup Candidats AS/AP Candidats Formation professionnelle

NOM DE NAISSANCE NOM D'USAGE :

PRENOM Né(e) le : à

Sexe : Féminin Masculin Nationalité : N° de sécurité sociale :

Dernière classe suivie et date : Diplôme obtenu et date :

Année d'entrée en Formation à l'Institut :

ADRESSE habituelle :

ADRESSE durant la formation :

Téléphone fixe :/...../...../...../..... Téléphone portable :/...../...../...../..... Mail (*obligatoire*) :

(toutes modifications devront impérativement être signalées à l'accueil)

Situation Familiale : Célibataire Marié(e) / Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e)

Profession du père : Profession de la mère :

NOM, Prénom : NOM, Prénom :

Adresse père : Adresse mère :

Téléphone : Téléphone :

Conjoint : NOM – Prénom : Enfants : OUI NON

Téléphone : Nombre / Age des Enfants

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM - Prénom TEL :

Avez-vous le permis de conduire : OUI NON Si oui : possédez-vous une voiture personnelle : OUI NON

Activités professionnelles avant l'entrée en formation : oui non *si oui :*

Fonctions :

Employeurs :

Modalités de prise en charge à l'entrée en formation :

Salarié⁽¹⁾ Demandeur d'emploi⁽²⁾ Formation initiale⁽³⁾ Autre (à préciser)

(1) Si vous êtes salarié(e), la participation au coût de la formation est différente (2) Si demandeur d'emploi, joindre la notification pôle emploi (3) Poursuite du cursus scolaire

.../...

INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE

Site de QUETIGNY
2 rue du Golf
21800 QUETIGNY
Tél : 03.80.48.17.35
E-mail : irfss.quetigny@croix-rouge.fr
N° SIRET : 77567227233851
N° Déclaration activité : 26 21 030 19 21

Siège social
9 Boulevard du Champ aux métiers
21800 QUETIGNY



Si demandeur d'emploi, compléter les informations ci-dessous et joindre un avis de situation datant de moins d'un mois, (document disponible sur votre espace personnel Pôle Emploi) :

Etes-vous inscrit(e) à Pôle emploi (PE) : oui demande en cours

N° Identifiant Demandeur d'Emploi : Agence de :

→ Date de votre dernière inscription à Pôle Emploi :

→ Percevez-vous l'Allocation de Retour à l'Emploi (ARE) : oui non *si oui jusqu'à quelle date* :

Si prise en charge employeur et/ou OPCA (FONGECIF, ANFH etc), compléter les informations ci-dessous et joindre une attestation de prise en charge :

Type de contrat : CDI CDD Autres (à préciser) :

ENTREPRISE Nom contact :

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE : Téléphone :/...../...../...../.....

OPCA : Nom contact :

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE :

Institut de Formation en Soins Infirmiers déjà fréquenté : oui non *si oui* :

Adresse de l'Institut:

Dates de la formation Semestres effectués :

Règlement Intérieur

Je soussigné(e) atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Institut et en avoir compris les termes. Je m'engage à respecter toutes les clauses et accepte par avance les conséquences découlant de toute inobservation.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations indiquées sur cette fiche. J'accepte sans réserve le règlement intérieur et déclare avoir pris connaissance de l'ensemble des éléments d'information portés dans le dossier administratif et médical.

A

Signature de l'Etudiant(e)

Le :/...../.....

MERCI DE PRENDRE NOTE QU'EN CAS DE DESISTEMENT, LES FRAIS D'INSCRIPTION REGLES RESTENT ACQUIS A LA CROIX-ROUGE FRANCAISE

Cadre réservé à l'Institut
Réglé : € d'inscription en :
<input type="checkbox"/> Chèque n°
Banque

INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE

Site de QUETIGNY

2 rue du Golf
21800 QUETIGNY
Tél : 03.80.48.17.35
E-mail : irfss.quetigny@croix-rouge.fr
N° SIRET : 77567227233851
N° Déclaration activité : 26 21 030 19 21

Siège social

9 Boulevard du Champ aux métiers
21800 QUETIGNY

REGION
BOURGOGNE
FRANCHE
COMTE

