

INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE DU NORD FRANCHE-COMTE
Place Tharradin 4 Allée Thérèse Rastit - 25000 MONTBELIARD - Tél : 03 81 93 93 93 - E.mail : ifms@hnfc.fr

FICHE D'INSCRIPTION 2023 (imprimé A)

CANDIDATS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

Photo

Cadre réservé à l'IFMS

N° de dossier :	Photocopie document d'identité	<input type="checkbox"/>	Lettre de motivation	<input type="checkbox"/>
	Tableau récapitulatif de l'expérience professionnelle	<input type="checkbox"/>	Curriculum Vitae	<input type="checkbox"/>
	Certificat(s) de travail ou attestation employeur(s)	<input type="checkbox"/>	Paie(s) inscription	<input type="checkbox"/>
	Attestation(s) formation continue	<input type="checkbox"/>		
	Diplôme DEAS ou DEAP ou autres diplômes	<input type="checkbox"/>		

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM : **NOM D'USAGE :**

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... **Lieu de naissance :** **Département :**

Nationalité : **Sexe :** féminin masculin

Adresse :

Code postal : **Ville :**

N° téléphone fixe : **N° téléphone portable :**

Adresse mail :@.....

SITUATION AU MOMENT DE L'INSCRIPTION

Activité professionnelle : oui non **Si oui laquelle :**

Demandeur d'emploi : oui non **Si oui, n° identifiant.....** **Nom Agence PE :**

Autre :

Baccalauréat : série : **Année :**

Diplôme de l'enseignement supérieur : oui non **Si oui lequel :**

Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant **Année du diplôme :** **Nombre d'année d'exercice professionnel**

Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture **Année du diplôme :** **Nombre d'année d'exercice professionnel**

- Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.
- J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet sur le site www.hnfc.fr (si non, joindre une lettre de non publication des résultats sur internet).

A

SIGNATURE du CANDIDAT

Le