INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE DU NORD FRANCHE-COMTE
Place Tharradin 4 Allée Thérèse Rastit - 25200 MONTBELIARD - Tél : 03 81 93 93 93 - E.mail : ifms@hnfc.fr

FICHE D'INSCRIPTION 2024 (imprimé A)

CANDIDATS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

Photo

Cadre réservé à l'IFMS				
N° de dossier : ……	Photocopie document d'identité Tableau récapitulatif de l'expérience professionnelle Certificat(s) de travail ou attestation employeur(s) Attestation(s) formation continue Diplôme DEAS ou DEAP ou autres diplômes	□ □ □ □ □	Lettre de motivation Curriculum Vitae Paiement inscription	□ □ □

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 ……

Le ……

SIGNATURE du CANDIDAT