

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 2025 (imprimé B)

CANDIDATS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

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"/>	Paiement 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