


FICHE D'INSCRIPTION AU CONCOURS D'ADMISSION DU 04 AVRIL 2018 A RETOURNER AU PLUS TARD LE 5 MARS 2018		INSCRIPTION 2018
NOM :	PRENOM :	<p>coller votre photo ici ⇒ </p>
Nom d'usage :	Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
Date de naissance :	Lieu de naissance	
Nationalité :	Département naissance	
Adresse :	
Code postal :	Ville	<p>PIECES A FOURNIR :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Photocopie 1 pièce d'identité (recto/verso) carte d'identité, passeport + visa, ou titre de séjour en cours de validité <input type="checkbox"/> ▪ Droits d'inscription 90 € <input type="checkbox"/> chèque à l'ordre de : Hopital Foch ▪ 5 timbres Marianne rouge <input type="checkbox"/> autocollants au tarif "lettre prioritaire"
Adresse mail :		
tel fixe :	tel portable :	
Profil 1 : Droit commun (cochez la case correspondante) - Etre âgé de 17 ans au moins au 31/12/2018		
1. <input type="checkbox"/> inscrit en Terminale		▪ Certificat de scolarité <input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> titulaire bac ou équivalence diplôme niveau IV ou DAEU		▪ Diplôme signé par l'étudiant et <input type="checkbox"/>
série : Année d'obtention :		▪ Justificatif année en cours <input type="checkbox"/>
		certificat scolarité, mission locale, pôle emploi...
Profil 2 : A.S ou A.P (cochez la case correspondante)		
1. <input type="checkbox"/> D.E.A.S. Année d'obtention :		▪ Diplôme AS <input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> D.E.A.P. Année d'obtention :		▪ Diplôme signé AP <input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> Attestations employeurs justifiant d'un exercice professionnel supérieur ou égal à 3 ans, à temps plein, à l'adate de clôture des inscriptions		▪ Attestation employeur <input type="checkbox"/>
Profil 3 : PACES (cochez la case correspondante)		
1. <input type="checkbox"/> bac série : Année d'obtention :		▪ Diplôme signé <input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> certificat de scolarité Faculté de médecine		▪ Certificat de scolarité <input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> Attestation de validation 1ère année commune		▪ Attestation validation <input type="checkbox"/>
Profil 4 : Titulaire d'un diplôme d'infirmier étranger		
1. <input type="checkbox"/> Diplôme obtenu Pays : Année d'obtention :		▪ Diplôme certifié conforme <input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Traduction par un traducteur agréé auprès des tribunaux français		et traduit en français <input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> Curriculum Vitae		▪ C.V. <input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> Lettre de motivation		▪ Lettre de motivation <input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> Relevé détaillé du programme		▪ Programme <input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> Durée et contenu des stages cliniques effectués au cours de la formation		▪ Détails des stages <input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/> Relevé de l'ensemble des notes		▪ Notes <input type="checkbox"/>
Je demande mon inscription sur le PROFIL : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		Dossier reçu le : Traité par :
Autorisez-vous la parution de vos résultats sur le site internet de l'IFSI FOCH ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

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

A..... Le..... Signature.....

(parents pour les mineurs)



Les droits d'inscription aux épreuves demeurent acquis à l'Institut et ne seront pas remboursés, quelle que soit la cause d'empêchement éventuel à concourir.