

**INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE  
ECOLE DE PUERICULTURE**

NOM - PRENOM :

EPOUSE :

Promotion : Ecole de Puéricultrices

**Après avoir pris connaissance du Règlement Intérieur des Instituts,  
je m'engage à m'y conformer.**

A Valenciennes, le

Signature de l'étudiant(e)

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal  
pour les élèves mineurs,