

Institut de Formation Aux Métiers de la Santé

Fiche d'inscription 2016

Avenue Désandrouin – CS.50479 – 59322 VALENCIENNES CEDEX

Tel : 03.27.14.36.36 Fax : 03.27.14.50.19

Mail : accueil-ifms@ch-valenciennes.fr



Rayer les mentions inutiles / tous les champs sont obligatoires

Identité

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Portable :

Mail :

⇨ Permis B : oui – non

Véhicule personnel : oui – non

Moyen de locomotion : bus – train

Autre :

⇨ Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Lien :

Téléphone

⇨ Situation familiale : Célibataire – marié – PACS

Père : Nom :

Prénom :

Profession :

Employeur

Mère : Nom :

Prénom :

Profession :

Employeur

Nombre de frères et sœurs :

Conjoint : Nom :

Prénom :

Profession :

Employeur :

Nombre d'enfant à charge :

Administration

N° Sécurité Sociale :

N° demandeur d'emploi si inscrit au Pôle Emploi :

Demande de bourse : oui – non

Autre financement :

Parcours scolaire et professionnel

Situation avant votre entrée en IFAS :

Collège : Nom :

Ville

Lycée : Nom :

Ville

Activité professionnelle :

Poste et durée :

Nom et adresse ancien employeur :

Informations relatives à la gestion des stages

Adresse de résidence de l'élève si différente de celle indiquée ci-dessus :

Autre hébergement temporaire possible :

Précisez si vous avez un ami ou de la famille dans un établissement de soins ou médico-social :

Précisez si vous avez réalisé un stage ou une activité salariée dans un établissement de soins ou médico-social :