

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Étudiant.e en Soins Infirmiers

NOM : Épouse :

Prénom : Sexe *: ☐ M ☐ F (*Cochez la case correspondante)

Né(e) le : à : (Dpt n°.....)

Nationalité : N° Sécurité Sociale :

Adresse :

Téléphone : Portable :

Adresse mail :

Avez-vous une reconnaissance adulte handicapé CADPH ? ☐ OUI ☐ NON

Êtes-vous titulaire du permis B ? (joindre photocopie) ☐ OUI ☐ NON

Êtes-vous véhiculé.e ? (joindre photocopie carte grise) ☐ OUI ☐ NON

Titre d'inscription : ☐ BACCALAUREAT Série :

☐ TERMINALE Série :

☐ VALIDATION des ACQUIS Série :

☐ D.A.E.U. Série :

☐ AUTRES

Préparation au concours d'entrée ☐ OUI ☐ NON

ÉTUDES POURSUIVIES

<u>SECONDAIRES</u>	Nom du lycée et ville	DATE DEBUT	DATE FIN	DIPLOMES	SERIE
<u>UNIVERSITAIRES</u>		DATE DEBUT	DATE FIN	DIPLOMES	SERIE

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

EMPLOI EXERCÉ (avant l'entrée en formation) Précisez la ou les activités	PERIODES (du ... au ...)	TYPE DE CONTRAT (CDD, CDI, titulaire)	NOM EMPLOYEUR	VILLE

Demandeur d'emploi ☐ oui ☐ non Si oui numéro identifiant :

RSA ☐ oui ☐ non Si oui numéro identifiant :

Prise en charge employeur ☐ oui ☐ non Si oui précisez l'organisme :

Mission locale : inscription pour les moins de 26 ans ☐ oui ☐ non

Autres :