

Fiche d'inscription aux épreuves de sélection

Institut de Formation
des Cadres de Santé

A renvoyer pour le 15 février, délai de rigueur

photo
d'identité
(à coller)

1. ETAT CIVIL

NOM NOM DE JEUNE FILLE

PRENOM DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

SITUATION FAMILIALE : Célibataire - Marié(e) - Divorcé (e) - Autre Nombre d'enfants :

Adresse personnelle

.....

 E-mail

2. FORMATION ET DIPLOMES

Formation antérieure au diplôme professionnel (diplômes ou niveau d'études obtenus) :

.....

.....

♦ diplôme professionnel et date d'obtention

♦ diplôme de spécialité et date d'obtention

♦ autres diplômes et date d'obtention

3. SITUATION PROFESSIONNELLE

Nom de l'employeur et adresse

.....

 N° de poste du service E-mail



4. DEROULEMENT DE CARRIERE

Différents services accomplis **DEPUIS L'OBTENTION DU DIPLOME PROFESSIONNEL**

NOM et ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT	FONCTION EXERCEE	SERVICE OU I.F.S.I. (indiquer l'intitulé exact du service)	PERIODES (indiquer les dates exactes) ¹	ETP ² durée
				Total :

A le

Je reconnais l'exactitude des renseignements ci-dessus

SIGNATURE

¹ si temps partiel, précisez le pourcentage

² ETP : équivalent temps plein (ex : 2 années à mi-temps = 1 année ETP)