



A remplir obligatoirement par tout agent des HUS
s'inscrivant au concours et à joindre à votre dossier d'inscription au
concours

Pour l'entrée à¹

Mademoiselle Madame Monsieur

NOM : _____

Prénom : _____

Matricule : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

☎ Domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☎ Travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

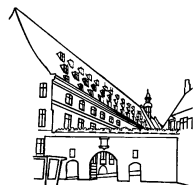
Grade aux H.U..S. : _____

Service _____

Unité Fonctionnelle : _____

Nom du Cadre Infirmier Supérieur ou du Supérieur Hiérarchique :

Date et Signature :



Hôpital Civil
1, place de l'Hôpital
B.P. 426
67091 Strasbourg Cedex
Tél. : 03.88.11.67.68
Fax : 03.88.11.60.99

¹ Mentionner l'école ou l'institut de formation que vous souhaitez intégrer