



HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES

ETAT CIVIL

Nom : ----- Prénoms : -----

Nom de Jeune Fille : -----

Situation Familiale : ----- Nombre d'enfants à charge : -----

Date et lieu de naissance : ----- Age : -----

Adresse personnelle : n° -----rue, place, bld -----

Code Postal : ----- Ville : -----

☎ : ----- Matricule HUS : -----

Numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale : -----

Adresse durant vos études : n° -----rue, place, bld -----

Code Postal : ----- Ville : -----

Adresse de l'employeur actuel :

Nom : -----

N° -----Rue, place, bld -----

B.P. ----- Code Postal : ----- Ville : -----

☎ de l'employeur : - -----

NIVEAU D'ETUDE

Secondaire (indiquez le niveau) : -----

Bac : Série : - ----- Date d'obtention : -----

Universitaire : - -----

D.E. Soins Infirmiers : Date d'obtention -----

Autres Diplômes ou Certificats :
- ----- Date d'obtention : -----
- ----- Date d'obtention : -----
- ----- Date d'obtention : -----

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Secteur Privé :

| Service | Etablissement | Date et Durée |
|--|---------------|---------------|
| - Réanimation Chirurgicale | | |
| - Réanimation Médicale | | |
| - Salle de Surveillance Post Interventionnelle | | |
| - Urgences - SMUR | | |
| - Faisant Fonction d'IADE | | |
| - Service de Chirurgie | | |
| - Service de Médecine | | |
| Si autres, précisez lesquels | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Secteur Public :

| Service | Etablissement | Date et Durée |
|--|---------------|---------------|
| - Réanimation Chirurgicale | | |
| - Réanimation Médicale | | |
| - Salle de Surveillance Post Interventionnelle | | |
| - Urgences - SMUR | | |
| - Faisant Fonction d'IADE | | |
| - Service de Chirurgie | | |
| - Service de Médecine | | |
| Si autres, précisez lesquels | | |
| | | |
| | | |
| | | |

MOYEN DE FINANCEMENT

- Candidat Libre
- Promotion Professionnelle
- Congé Individuel de Formation

Précisez quel organisme :

Avez-vous participé à une session de préparation au concours d'entrée à l'Ecole d'IADE ?

OUI NON

Si oui, lieu et date :

Fait à, le

Signature :