Mis à jour le : 07/07/2022

**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM |  |
| Nom d’usage |  |
| Prénom |  |
| Date de Naissance |  |
| Lieu de Naissance |  |
| Adresse |  |
|  |  |
| CP - VILLE |  |
| Portable |  |
|  |  |
| Adresse durant la formation |  |
| CP – VILLE |  |
|  |  |
| Nom de la personne à prévenir |  |
| Lien de l’étudiant avec la personne |  |
| Adresse |  |
| Téléphone |  |
|  |  |
| Situation familiale | Marié(e)  Pacsé(e) Célibataire  Divorcé(e) Concubinage  Veuf(ve) |
|  |  |
| Nombre d’enfant(s) |  |
| Année(s) de naissance |  |
|  |  |

**ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIPLÔMES OBTENUS[[1]](#footnote-1)** | ANNÉE | **NOM, CODE POSTAL ET VILLE**  **DE L’ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE** |
| BAC GENERAL série :  BAC TECHNOLOGIQUE série :  BAC PROFESSIONNEL  AUTRE : précisez |  |  |

**FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIPLÔMES OBTENUS[[2]](#footnote-2)** | ANNÉE | **NOM, CODE POSTAL ET VILLE**  **DE L’ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE** |
| DEAS 2005  DEAS 2021  Autre : précisez |  |  |

**ENSEIGNEMENT SUPERIEUR (post baccalauréat)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Année universitaire** | ANNÉE | **DISCIPLINE** | **VALIDÉE** | |
| **OUI[[3]](#footnote-3)** | **NON** |
| 1ère année universitaire |  |  |  |  |
| 2e année universitaire |  |  |  |  |
| Licence |  |  |  |  |
| Master |  |  |  |  |
| Doctorat |  |  |  |  |

**ACTIVITE PROFESSIONNELLE depuis l’obtention du Diplôme en Soins Infirmiers**

**Durée de votre expérience professionnelle :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Employeur/**  **Etablissement** | **Nature de l’unité**  **de soins** | **Enfants, Adultes, Ados**  (à préciser) | **Date et durée** |
| *Exemple : HUS* | *Chirurgie viscérale* | *Adultes* | *Avril 2021-Juin 2022* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Pôle emploi**

Je suis inscrit(e) au Pôle Emploi de[[4]](#footnote-4) : depuis le / /

Mon identifiant Pôle Emploi est le[[5]](#footnote-5) :

Je suis indemnisé(e) par Pôle Emploi : OUI   NON

Si oui, je suis indemnisé(e) du ……/……/……… au ……/……/………

**LES STAGES**

**STAGES EFFECTUES DURANT VOS ETUDES EN SOINS INFIRMIERS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Spécificités** | **Etablissement/Secteur ou UF** | **Durée** |
| MATERNITE |  |  |
| PEDIATRIE  REANIMATION NEONATALE  REANIMATION PEDIATRIQUE |  |  |
| CHIRURGIE INFANTILE |  |  |
| CRECHE  COLLECTIVITE |  |  |
| P.M.I. |  |  |
| AUTRES |  |  |

**Durant la formation : les stages, 4 semaines chacun, se déroulent principalement sur les départements 67 et 68**

A titre indicatif, Merci de cocher vos possibilités de mobilité[[6]](#footnote-6) :

|  |  |
| --- | --- |
| **Bas-Rhin** | **Haut-Rhin** |
| Beinheim  Bischwiller  Haguenau  Sarre-Union  Saverne  Sélestat  Wissembourg | Colmar  Guebwiller  Mulhouse  Rouffach  Saint-Louis  Thann |

|  |  |
| --- | --- |
| Avez-vous l’usage d’une voiture | OUI  NON |

***« J’ai pris connaissance du programme de formation et celui-ci correspond à mes attentes ».***

La fiche programme relative à la formation conduisant au diplôme d’Etat d’Auxiliaire de puériculture est téléchargeable sur le site internet  <https://www.chru-strasbourg.fr/puericultrice-irfp/>.

Date :

Signature de l’Etudiant :

1. Joindre une copie du/des titre(s) diplôme(s) [↑](#footnote-ref-1)
2. Joindre une copie du/des titre(s) diplôme(s) [↑](#footnote-ref-2)
3. Joindre le justificatif ou le diplôme [↑](#footnote-ref-3)
4. Indiquez le nom de l’Antenne de rattachement [↑](#footnote-ref-4)
5. Joindre l’attestation d’inscription à Pôle Emploi [↑](#footnote-ref-5)
6. Ces informations sont prises en compte, dans la mesure du possible pour les affectations de stage. [↑](#footnote-ref-6)