INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE NOUVELLE-AQUITAINE

croix-rouge française

Annexe 1 IDE

Fiche d'inscription 2017 – 2018

Date de dépôt du dossier : ……

Photo à coller

☐ 1ère INSCRIPTION à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Angoulême

☐ REINSCRIPTION l'Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Angoulême

☐ 1ère A ☐ 2ème A ☐ 3ème A ☐ Complément Formation ☐ redoublant ☐ réintégrant

NOM de Jeune fille : …… Prénoms : ……

NOM d'usage : …… Sexe : F ☐ M ☐

N° Identifiant national Etudiant (INE) I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I (BEA SUR LE RELEVE DE NOTES DU BACCALAUREAT)

Né(e) le I__I__I / I__I__I / I__I__I I__I__I Département : I__I__I I__I Pays : ……

Ville : …… Nationalité : ……

Personne à prévenir : …… Tél ……

SITUATION FAMILIALE :

☐ Seul (e) sans enfant ☐ Vie maritale ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)

☐ Seul (e) avec enfant(s) ☐ Age du (des) enfant(s) : ……

☐ Age frère(s) et sœur(s) : ……

SITUATION DE HANDICAP

Etes-vous en situation de handicap ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de cocher, le cas échéant, la ou les aides dont vous bénéficiez : ☐ Dossier MDPH ☐ Dossier RQTH

Souhaitez-vous un aménagement d'études et/ou d'examens au cours de votre cursus ? ☐ Oui ☐ Non

BACCALAUREAT OU EQUIVALENCE

☐ Bac Série : …… Mention : …… Date : I__I__I__I__I__I__I Etablissement : ……

Ville : …… Dép. … I__I__I Pays : ……

☐ ESEU/DAEU A ☐ ESEU/DAEU B ☐ Bac étranger ☐ Dispense de baccalauréat ☐ Validation d'acquis

CURSUS ANTERIEUR à l'entrée dans l'établissement

Année universitaire	Etablissement fréquenté	Diplôme préparé	Boursier		Résultats	
			oui	non	Succès	Echec

Dernier établissement fréquenté : …… Année : ……

Dernier diplôme obtenu : …… Date : ……

ADRESSE INITIALE :

N° …… Rue/Lieu-dit ……

Code postal I__I__I__I__I__I Commune : …… Tél : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

ADRESSE DE L'ETUDIANT POUR L'ANNEE EN COURS

Mode d'hébergement : ☐ Domicile parental ☐ Chambre chez particulier ☐ Logement personnel ☐ Autre : ……

N° …… Rue/Lieu-dit ……

Code postal I__I__I__I__I__I Commune : …… Tél : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Port. I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Courriel : ……@gmail.com *(obligatoire : dupont.claire.1720a@gmail.com)*

*Nom JF.prénom.année entrée et sortie promotion*a@gmail.com

Autre courriel : ……

Avez-vous le permis de conduire : ❒ OUI ❒ NON Si oui : possédez-vous une voiture personnelle : ❒OUI ❒ NON

Domaine Universitaire
86 route de Breuty
16400 LA COURONNE
Tél : 05.45.91.36.00 / Fax : 05.45.25.43.26

ACTIVITE PROFESSIONNELLE ANTERIEURE (y compris emplois saisonniers)

Dates	Poste occupé	Type de contrat	Entreprise (Nom, adresse)

- Exercez-vous une activité professionnelle ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, êtes-vous : ☐ salarié(e) en CDI ☐ salarié(e) en CDD – Durée : mois ..... ☐ Travailleur indépendant
Profession ? ……..
Temps de travail : ☐ Mi-temps ☐ Temps partiel ☐ Nbre d'heures par mois : ……
Si NON, êtes-vous :
Demandeur d'emploi ? ☐ OUI ☐ NON **Date d'inscription** : …….. Agence de : …….. **N° Identifiant** : ……..
Indemnisé(e) : ☐ OUI ☐ NON Bénéficiaire du RSA : ☐ OUI ☐ NON

- **Profession du père** : …….. **Profession de la mère** : ……
- **Profession du conjoint** : ……

SECURITE SOCIALE

N°immatriculation personnel à la sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Clé |__|__|
Régime étudiant : Centre payeur choisi ☐ LMDE ☐ SMECO / Régime général : ☐ CPAM ☐ MSA ☐ Autres, précisez :…….. …

BOURSE 2017/2018 (Conseil Régional)

☐ Non boursier ☐ Demande en instance ☐ Bourse régionale sur critères sociaux – Echelon |__|

AIDES FINANCIERES (*autres que bourse d'enseignement supérieur français*) :

☐ Bourse Précisez ……. ☐ Pôle Emploi ☐ Rémunération Conseil Régional
☐ Promotion Professionnelle ☐ Autre, précisez (CIF, CRSPP etc.) ……..
☐ Bourse Erasmus ☐ Aide à la mobilité internationale ☐ Bourse de votre pays d'origine

REGIME D'INSCRIPTION

☐ Formation initiale
☐ Formation continue, reprise d'études FINANCEE
☐ Reprise d'études NON FINANCEE
☐ Apprentissage

STATUT

☐ Etudiant
☐ Stagiaire de la formation professionnelle *(salarié, Pôle emploi indemnisé, rémunéré Région, ….)*
☐ Apprenti

ASSURANCES :

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur :
- avoir souscrit une assurance **« responsabilité civile vie privée »** :

Nom de la Compagnie d'assurances : _____ N° d'adhérent/contrat : _____
Adresse : _____

- avoir souscrit une assurance **« responsabilité professionnelle »** :

Médicale de France ☐ ou MACSF ☐
Référence client n°: _____ N° contrat : _____

Signature

SITUATION ANNEE 2016 – 2017

☐ Scolarisé en 2016-2017 Précisez : ……..
☐ Non scolarisé en 2016-2017 Activité principale : ……..

AUTRES

Avez-vous suivi une préparation au concours ? ☐ Oui ☐ Non Si OUI Précisez dates et lieu……
Etes-vous titulaire de l'AFGSU 2 ? ☐ Oui ☐ Non Si OUI Précisez l'année d'obtention : ……
Suivez-vous un autre cursus pour l'année universitaire en cours en dehors de notre établissement ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, Précisez ……

J'autorise l'Institut à communiquer mes coordonnées (adresse, mail, tél) à l'Université, la médecine préventive, aux organismes de sécurité sociale et d'assurances professionnelles.

Je certifie exacts les renseignements portés ci-dessus. Fait à …… le ……
Signature

Domaine Universitaire - 86 route de Breuty
16400 LA COURONNE
Tél : 05.45.91.36.00 / Fax : 05.45.25.43.26