



Formation

IRFSS Nouvelle-Aquitaine
IFSI de Bègles



croix-rouge française
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS

FICHE D'INSCRIPTION 2020-2021

Date de dépôt du dossier :

1ère INSCRIPTION à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Bègles

RÉINSCRIPTION à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Bègles

1^{ère} A 2^{ème} A 3^{ème} A Complément Formation

redoublant réintégrant Cocher si cursus partiel

Photo
à
coller

NOM de naissance : Prénoms :

NOM d'usage : Sexe : F M

N° Identifiant national Etudiant (INE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (BEA SUR LE RELEVÉ DE NOTES DU BACCALAURÉAT)

N° Contribution Vie Etudiante et de Campus : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Né(e) le | | | | / | | | | / | | | | | | | | | | Département : | | | | | | Pays :

Ville : UE ou HORS UE :

Personne(s) à prévenir : Tél
 Je m'engage à informer ces personnes que leurs coordonnées ont été transmises à la CRF dans le cadre décrit ci-dessus

SITUATION DE HANDICAP

Etes-vous bénéficiaire d'une RQTH ? Oui Non

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

Si oui, contactez le référent handicap du site dès la rentrée.

L'IRFSS est engagé en matière de handicap. En renseignant cette rubrique, vous nous aidez à mieux vous accompagner.

BACCALAURÉAT OU ÉQUIVALENCE

Bac Série : Mention : Date : | | | | | | | | | | Etablissement :

Ville : Dép. ... | | | | | Pays :

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

CURSUS ANTÉRIEUR 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 PRINCIPALE :

N° Rue/Lieu-dit

Code postal | | | | | | | | | | Commune : Tél | | | | | | | | | | | | | |

ADRESSE DE L'ÉTUDIANT POUR L'ANNÉE EN COURS

N° Rue/Lieu-dit

Code postal | | | | | | | | | | Commune : Port. | | | | | | | | | | | | | |

Courriel :

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ANTÉRIEURE (y compris emplois saisonniers)

Début Mois/Année	Fin Mois/Année	Nom de l'entreprise	Privé/Public	Qualification	Fonctions exercées	Nature du Contrat <small>Contrat à Durée Indéterminée (CDI) – Contrat à Durée Déterminée (CDD) - Autre</small>

- 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
 Démissionnaire : OUI NON A quelle date ? En rupture conventionnelle : OUI NON A quelle date ?
 - Profession du père : Profession de la mère :
 - Profession du conjoint : (si retraité(s), noter la profession avec (R) à côté)

BOURSE 2020/2021 (Conseil Régional Nouvelle Aquitaine)

Non boursier Demande en instance Bourse régionale sur critères sociaux – Echelon I

AIDES FINANCIÈRES (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

RÉGIME 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(e)

ASSURANCES :

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur :
 - avoir souscrit une assurance « **responsabilité civile vie privée** » :
 - avoir souscrit une assurance « **responsabilité professionnelle** » :
 Médicale de France limoges@lamedicale.fr ou MACSF <https://www.macsf.fr/Nos-produits-services/Vie-professionnelle>

Signature

SITUATION ANNÉE 2019 – 2020

Scolarisé en 2019-2020 Précisez :
 Non scolarisé en 2019-2020 Activité principale :

AUTRES (facultatif)

Suivez-vous un autre cursus pour l'année universitaire en cours en dehors de notre établissement Oui Non
 Si OUI, Précisez
 Disposez-vous : d'un ordinateur Oui Non d'une imprimante Oui Non d'un accès internet Oui Non

PROTECTION DES DONNÉES

L'IRFSS Nouvelle-Aquitaine collecte des données personnelles vous concernant sur le fondement de son intérêt légitime. Elles sont utilisées par la Croix-Rouge française pour les besoins de votre admission et sont transmises aux directions de l'institut, aux structures de stage, aux organismes en lien avec votre formation, et à la CNIL en cas de contrôle et à la demande de cette dernière. Elles ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales. La photo est utilisée pour la création d'un trombinoscope interne. Vos données personnelles seront conservées le temps de votre séjour dans notre établissement puis archivées. Le responsable de traitement est le Président de la Croix-Rouge française et, par délégation, le Directeur général. Le Délégué à la protection des données personnelles peut être contacté au siège de la Croix-Rouge française au 98, rue Didot - 75014 Paris ou DPO@croix-rouge.fr.

Conformément au règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de retrait pour motif légitime, de limitation et de portabilité aux données qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à qualite.irfss-na@croix-rouge.fr.

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Je certifie exacts les renseignements portés ci-dessus.
Signature

Fait à le