



FICHE DE RENSEIGNEMENTS – PROMOTION 2021/2024

Jour de la rentrée à l'I.F.S.I. : **Le lundi 6 septembre 2021**

IDENTITE :

NOM : _____ NOM Marital : _____

Prénom : _____ Autres prénoms : _____

Information sur la naissance :

Date : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____ Dépt :(_____)

Nationalité : _____

N° de Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

N° INE :

(Numéro d'identifiant national étudiant) ou BEA (Numéro de base élève académique) **OBLIGATOIRE**. Ce numéro est précisé sur votre relevé de notes au baccalauréat (BEA) ou sur votre ancienne carte étudiant (INE)

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire Divorcé(e) P.A.C.S
Marié(e) Concubinage Séparé (e)

N° Immatriculation à la sécurité sociale **OBLIGATOIRE** (de l'étudiant) :

____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ clé ____

Caisse d'affiliation : (à préciser) _____

ADRESSE DE L'ETUDIANT PENDANT LES ETUDES :

.....
.....
.....
.....

N° de Téléphone fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

@Mail : prenom.nomifsi11010@gmail.com ⁽¹⁾ :

⁽¹⁾ Il est **obligatoire** de créer une adresse mail formalisée en respectant précisément le format suivant : prenom.nomifsi11010@gmail.com. Attention : le Nom doit être celui de jeune fille pour les étudiantes mariées. Toute autre adresse mail ne sera pas acceptée.

L'institut de formation utilisera cette adresse Gmail pour toute la durée de votre formation. Cette adresse permettra à l'institut de formation de vous communiquer des identifiants de connexion pour accéder à la plateforme pédagogique.



@Mail autre que celui utilisé pendant les études ⁽²⁾ :

⁽²⁾ Noter votre adresse mail personnelle ; elle sera utilisée pour l'envoi d'informations après votre fin de formation. (Information pour cérémonie du diplôme d'Etat, offres d'emploi...).

AUTRE RESIDENCE :

.....
.....
.....
.....

VOIE ET TITRE AYANT PERMIS L'ADMISSION DANS L'INSTITUT :

Voie d'admission en IFSI :

Parcoursup

F.P.C.

Niveau d'études :

Dernier établissement fréquenté :

Titre ayant permis l'admission à l'institut :

Bac – Série : Année d'obtention : Académie :

Bac étranger : ..Spécialité : Pays d'obtention : Année :

Equivalence titre de niveau IV (titre à préciser) : Année :

Validation des acquis : Année :

Diplôme d'Etat d'Aide-médico-psychologique : Année :

Diplôme d'Etat d'Aide-soignant : Année :

Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture : Année :

Diplôme d'Etat d'infirmier hors U.E. : Pays d'obtention : Année :

PACES

Autre (à préciser) :

Diplôme(s) universitaire(s) : Année :

(Joindre obligatoirement la photocopie du récapitulatif des U.E. validées)

Avez-vous effectué une (ou plusieurs) année(s) préparatoire(s) :

OUI NON

Si OUI, précisez la période et le nom de l'établissement :

Activités professionnelles avant l'entrée à l'institut de formation :

.....

Avez-vous déjà été inscrit(e) l'UM –UM2 (PACES, Fac de sciences, IUT,...) ?

NON OUI ; en quelle année :

SITUATION DE L'ETUDIANT A SON ENTREE EN FORMATION :

→ **Poursuite de scolarité :** OUI NON

Si oui, établissement fréquenté - année scolaire 2020-2021 :

☞(Fournir tous les certificats de scolarité des établissements fréquentés depuis l'obtention du baccalauréat à ce jour).

→ **Demandeur d'emploi :** OUI NON

N° d'identifiant auprès de Pôle Emploi (**OBLIGATOIRE**):

Date d'inscription :

Précisez l'agence de rattachement (**OBLIGATOIRE**) :

☞(Fournir un avis de situation datant de moins d'un mois)

Percevez-vous des Indemnités POLE EMPLOI OUI NON

☞(Fournir une notification d'inscription à un stage précisant l'octroi d'une allocation chômage)

→ **Promotion professionnelle :** OUI NON

Nom et adresse de l'établissement d'origine :

Coordonnées de la personne à contacter :

..... Téléphone :

L'établissement prend en charge les coûts de votre formation : OUI NON

Nom et adresse de l'organisme de prise en charge :

☞(Fournir l'attestation de prise en charge émise par votre employeur)

→ **Congé individuel de formation :** OUI NON

FONGECIF UNIFAF OPCA UNIFORMATION Autre

N° de dossier :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Personne à contacter :

☞(Fournir l'attestation ou la convention de prise en charge)

→ **Autres situations nécessitant une prise en charge personnelle du coût de la formation :**

➤ **Congé sans solde :** OUI NON

➤ **En Disponibilité :** OUI NON

FAMILLE DE L'ETUDIANT :

Père : Age : Profession :

N° de Téléphone portable : : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse :

.....

.....

Mère : Age : Profession :

N° de Téléphone portable : : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse :

.....

.....

Conjoint : Age : Profession :

N° de Téléphone portable : : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse :

.....

.....

J'atteste de la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document et m'engage à vous informer de tous changements.

Fait à, le

Signature de l'étudiant(e)