

FICHE ADMINISTRATIVE

Promotion Infirmière 2024-2027

I – Identité & Situation Professionnelle du bénéficiaire

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'ÉPOUX(SE) :

Prénom :

2^{ème} Prénom :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

DATE DE NAISSANCE :

AGE :

LIEU DE NAISSANCE :

D^{PT} DE NAISSANCE :

--	--

PAYS DE NAISSANCE :

..... NATIONALITE

N° de Sécurité Sociale (ou INSEE) : (13 chiffres + clé)

Caisse d'affiliation : CPAM Autre Domiciliation

SITUATION DE HANDICAP

RQTH : Oui Non

Structure spécialisée de rattachement :

Demande de tiers temps durant la formation : Oui Non

Souhaitez-vous signaler une autre situation d'handicap (non RQTH) qui nécessiterait des adaptations durant la formation : Oui Non

SITUATION DE FAMILLE :

Célibataire

Marié(e)

Pacsé (e)

Concubinage

Vie maritale

Divorcé (e)

Séparé (e)

Veuf (ve)

Situation familiale en couple

Nombre d'enfants :

Merci de bien vouloir créer une adresse gmail, sous le modèle suivant :

nomprenom.ifs2024@gmail.com

(ex. duponpierre.ifs2024@gmail.com)

Cette adresse mail est obligatoire :

Adresse gmail :ifs2024@gmail.com

MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS POUR SE RENDRE À L'I.F.S.I.

Voiture Bus SNCF Temps de trajet :
Permis de conduire : Oui Non

ADRESSE ➔ **Pendant les études à l'I.F.S.I.** (si différente)

Vous êtes logé (e) : chez les parents co-location location autre :

Lieu dit :

N°, rue, libellé de la voie :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Mail : @

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone : Mail : @

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA MISE EN STAGE

Permis de conduire : Oui Non En cours

Si oui, veuillez compléter le document « renseignement permis de conduire » joint au dossier.

Moyen de transport utilisé :

Voiture Scooter Moto Vélo Bus

Adresses familiales ou autres (précisez le département et villes à proximité pour petite localités) :
Ces adresses peuvent donner la possibilité d'envisager des stages en extérieurs (avec accord de l'équipe pédagogique), limiter les frais de déplacement et d'hébergement.

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

TERRAINS DE STAGES INCOMPATIBLES (être précis sur le lieu et le nom du service)

Sont considérés incompatibles les lieux de stage dans le Lot-et-Garonne où : l'étudiant a travaillé ou un proche de l'étudiant y travaille ou le service est lié à des événements douloureux pour l'étudiant.

.....
.....

Avez-vous à ce jour un projet de lieu d'exercice ou de spécialisation :

Infirmière puéricultrice Infirmière anesthésiste Infirmière bloc opératoire IPA

Psychiatrie EHPAD Libérale Médecine / Chirurgie

Autres :

II - Mode d'Admission

1- SELECTION

Parcoursup ou Présenté les épreuves Formation Professionnelle Continue (FPC)

Report : Oui Non Année :

III - Diplômes – Titres - Formations

NIVEAU D'ETUDE – DIPLOME – TITRE

Diplôme ou Niveau d'étude	Série	Année	Obtention diplôme ou titre	
			Oui	Non

Numéro INE :

FORMATIONS CONTINUES SUIVIES

Intitulé de la formation et lieu	Année

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES ↪ Avant l'entrée en formation

Dates	Nom employeur et adresse

IV – Statut & Financements (Elève et Formation)

Votre numéro d'étudiant à l'Université de Bordeaux (ou l'un des anciens établissements qui la composent comme Bordeaux 1, Bordeaux 2 ou Bordeaux 4) **quelle que soit la filière n° étudiant** :

VOTRE SITUATION AU 30 MAI 2024 (cocher la case correspondante)

Étudiant (joindre certificat de scolarité)

Pôle Emploi : Etes-vous INDEMNISÉ NON INDEMNISÉ (joindre attestation)

Pôle Emploi de rattachement :

Merci d'indiquer votre numéro identifiant : en recherche d'emploi depuis le :

CDI depuis le Emploi occupé : (joindre attestation employeur)

Employeur (nom et adresse) :

Rupture conventionnelle : NON OUI Date :

CIF (Congés Individuel de Formation) (joindre attestation de prise en charge ou de refus)

Nom de l'Organisme :

CDD du : au (joindre attestation employeur)

Emploi occupé :

Intérim depuis le : Emploi occupé : (joindre attestation employeur)

Reconversion Professionnelle depuis le : (joindre attestation employeur)

Disponibilité de la fonction publique depuis le : (joindre attestation employeur)

Autre, à préciser : (joindre justificatif)

PRISE EN CHARGE DU COUT PEDAGOGIQUE DE LA FORMATION : Oui Non

(Formation Professionnelle uniquement)

Si oui, précisez l'organisme ou structure (intitulé, adresse, téléphone, mail) :

.....

.....

DEMANDE DE BOURSE D'ETUDE : Oui Non

Constitution en ligne sur le site de la Région Nouvelle Aquitaine

www.boursesanitaressociale.fr

Fiche explicative à télécharger sur le site www.ifps-agen.com

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués.

Date :

Signature :

NB : Toutes les données et informations portées sur ce document sont strictement confidentielles. Elles sont nécessaires au besoin de l'institut.