

DOSSIER D'INSCRIPTION

RENTRÉE SEPTEMBRE 2019 / 2020

Nom de Naissance : _____ NDM d'usage : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____

Adresse (n° et nom de la rue) : _____ Lieu de Naissance (Ville + département) : _____ ()

CP + Ville : _____ Nationalité : _____ N° Sécurité Sociale : _____

☎ : _____ 🕒 : _____ 📧 : _____ @ _____

Situation Familiale : Marié(e), PACSé(e), concubinage Veuf Divorcé(e) Célibataire N^{bre} d'enfants : _____ Age enfant(s) : _____

Personne à prévenir en cas de besoin

Nom, Prénom : _____	Adresse: _____	CP + Ville : _____	☎ : _____
---------------------	----------------	--------------------	-----------

Profession des Parents/Tuteur PERE : _____ MERE : _____ TUTEUR : _____

SCOLARITE

Diplômes obtenus BEPC Bac Série : _____ Autre à préciser : _____

Année d'Obtention _____

SITUATION PROFESSIONNELLE

Situation <u>avant</u> l'entrée en formation	<input type="checkbox"/> En activité	<input type="checkbox"/> Sans emploi et inscrit à Pole Emploi	<input type="checkbox"/> Inscrit à l'Université	<input type="checkbox"/> Inscrit dans un autre établissement	<input type="checkbox"/> Inscrit au Lycée
Précisez l'activité + Nom et adresse de l'employeur : _____		N° DE : _____	Ville : _____	Nom et Ville : _____	Nom et Ville : _____
Organisme de Financement Sollicité, si concerné _____	Financement Obtenu : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

Dossier à retourner avec les pièces justificatives à : IFSI / IFAS – Centre Hospitalier Garderosse

70, rue des Réaux – 33500 LIBOURNE

Standard 05 57 25 49 16 / secretariat.ifs@ch-libourne.fr / www.ch-libourne.fr