

FICHE DE RENSEIGNEMENTS EPREUVE DE SELECTION 2025

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM DE NAISSANCE _____ NOM D'USAGE _____

PRÉNOMS _____

DATE DE NAISSANCE _____ A _____ N° DEPARTEMENT _____

NATIONALITE _____ SEXE : FÉMININ MASCULIN

CÉLIBATAIRE MARIÉ(E) DIVORCÉ(E) CONCUBIN (E)

NOMBRE D'ENFANT(S) _____

ADRESSE PERSONNELLE :

Adresse E-mail _____ Tél. _____

CANDIDATURE : A QUEL TITRE ?

ATTESTATION FIN D'ETUDES : IDE - SAGE FEMME

DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER : FRANCAIS - ETRANGER

DIPLOME D'ETAT DE SAGE FEMME : FRANCAIS - ETRANGER

SI TITULAIRE D'UN DIPLOME, PRÉCISEZ LA DATE _____

SI TITULAIRE D'UN DIPLOME ETRANGER, PRÉCISEZ LE PAYS D'OBTENTION _____

DEMANDE D'AMENAGEMENT D'EPREUVES POUR LES CANDIDATS PRESENTANT UN HANDICAP

Votre inscription aux épreuves de sélection nécessite -t-elle un aménagement particulier en lien avec une situation de handicap ? OUI - NON

Si oui, lequel ?

Joindre obligatoirement la notification des aménagements des épreuves (écritnet/ou oral) de la MDPH en cours de validité

NIVEAU D'ÉTUDES

ETUDES SECONDAIRES - BACCALAUREAT - AUTRE, PRÉCISEZ : _____

ETUDES UNIVERSITAIRES :

DISCIPLINE _____ DUREE _____

DIPLOMES OBTENUS :

LICENCE

MASTER

AUTRE, PRÉCISEZ :

EXPÉRIENCES DE STAGES EN FORMATION INITIALE

Indiquez la nature des stages que vous avez réalisés en IFSI :

SERVICE D'ENFANTS

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EAJE / Crèche | <input type="checkbox"/> 5 SEMAINES | <input type="checkbox"/> 10 SEMAINES | <input type="checkbox"/> AUTRES |
| <input type="checkbox"/> MATERNITÉ | <input type="checkbox"/> 5 SEMAINES | <input type="checkbox"/> 10 SEMAINES | <input type="checkbox"/> AUTRES |
| <input type="checkbox"/> NÉONATOLOGIE | <input type="checkbox"/> 5 SEMAINES | <input type="checkbox"/> 10 SEMAINES | <input type="checkbox"/> AUTRES |
| <input type="checkbox"/> PÉDIATRIE | <input type="checkbox"/> 5 SEMAINES | <input type="checkbox"/> 10 SEMAINES | <input type="checkbox"/> AUTRES |
| <input type="checkbox"/> PMI | <input type="checkbox"/> 5 SEMAINES | <input type="checkbox"/> 10 SEMAINES | <input type="checkbox"/> AUTRES |
| <input type="checkbox"/> AUTRES (*) | <input type="checkbox"/> 5 SEMAINES | <input type="checkbox"/> 10 SEMAINES | <input type="checkbox"/> AUTRES |
- (*) préciser (exemple : Pédopsychiatrie, IME, ...) _____

SERVICE MIXTE (service accueillant enfants et adultes)

OUI NON

Précisez la durée en semaines de stage _____

AUCUNE EXPERIENCE DE STAGE AUPRES D'ENFANTS

OUI NON

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

Après l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier(ère), avez-vous exercé une activité professionnelle ?

SI OUI, dans quel secteur d'activité ?

SERVICE D'ENFANTS

Calculez la durée en année et/ou mois _____

SERVICE D'ADULTES

Calculez la durée en année et/ou mois _____

SERVICE MIXTE

Calculez la durée en année et/ou mois _____

SI VOUS ÊTES EN ACTIVITÉ, ADRESSE DE VOTRE LIEU DE TRAVAIL

Téléphone :

Précisez s'il s'agit :

- D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PUBLIC
- D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ
- D'UNE COLLECTIVITÉ LOCALE OU TERRITORIALE

ou d'une activité dans le

- SECTEUR LIBÉRAL

SITUATION ADMINISTRATIVE PRÉVUE A L'ENTRÉE EN FORMATION

Dans quel cadre envisagez-vous d'effectuer votre scolarité ?

- POURSUITE DE SCOLARITE DEMANDEUR D'EMPLOI
- PROMOTION PROFESSIONNELLE CONGÉ INDIVIDUEL DE FORMATION AUTO FINANCEMENT
- MISE EN DISPONIBILITE DE LA FONCTION PUBLIQUE
- AUTRE RÉMUNÉRATION - PRÉCISEZ _____