



CENTRE HOSPITALIER DE VICHY  
**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**  
B.P 2757 – 03207 VICHY Cedex - Tél. 04 70.97.33.31 ou 04 70 97 13 08

**CONCOURS INFIRMIER : MERCREDI 24 MARS 2010**  
*Clôture des inscriptions : 24 février 2010*

**FICHE D'INSCRIPTION**

**NOM** : ..... **NOM D'EPOUSE** : .....  
(de jeune fille pour les femmes mariées) (éventuellement)

**PRENOMS** : .....

**DATE et LIEU de NAISSANCE** : .....

**NATIONALITE** : .....

**ADRESSE** : .....  
.....  
.....

**TELEPHONE** (mentionner 2 numéros d'appel) : .....  
.....

**TITRE D'INSCRIPTION**

Baccalauréat Série : .....	<input type="checkbox"/>	Année : .....
Diplôme ou titre équivalent	<input type="checkbox"/>	Année : .....
DPAS (+ de 3 ans d'activité)	<input type="checkbox"/>	Année : .....
Examen de niveau	<input type="checkbox"/>	Année : .....
Validation des acquis	<input type="checkbox"/>	Année : .....
Inscription en classe terminale Série : ...	<input type="checkbox"/>	

**Candidat titulaire d'un diplôme d'infirmier étranger**

Année : ..... Pays : .....

**RENSEIGNEMENTS DIVERS**

Niveau d'enseignement général : .....  
Titres ou diplômes obtenus : .....  
Avez-vous suivi une préparation pour ces épreuves de sélection : OUI  NON   
Si OUI avec quel organisme ? .....  
.....  
Emplois occupés (Nature, durée, employeur) : .....  
.....  
.....

**Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.**

A ..... , le

Signature :