

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

FORMATION : Infirmier

MOIS ET ANNÉE DE LA RENTRÉE ACTUELLE :

ANNÉE DE FORMATION : (1, 2 ou 3)

REDOUBLANT : Oui Non

N° INE OU BEA (OBLIGATOIRE) :

NOM :

ÉPOUSE :

PRÉNOMS : (souligner le prénom usuel)

I- SITUATION ACTUELLE

ADRESSE PERSONNELLE :

N° : **RUE :**

BAT, APPT, ÉTAGE :

CODE POSTAL : **VILLE :**

TÉLÉPHONE : **PORTABLE :**

E-MAIL :

DATE DE NAISSANCE : **LIEU :** **N° DÉPARTEMENT :**

NATIONALITÉ :

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire Concubinage Marié(e) Divorcé(e) Pacsé(e) Autres (.....)

NOMBRE D'ENFANT(S) :

PROFESSION DU CONJOINT :

PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT (Lien, adresse et téléphone) :

ADRESSE DES PARENTS (si différente de l'adresse personnelle) :

TÉLÉPHONE :

PORTABLE :