

## 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 :**