



Campus formation santé

FICHE D'INSCRIPTION
Accompagnement aux épreuves de sélection pour l'entrée en IFSI
Candidats relevant de la Formation Professionnelle Continue

Nom :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de Naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|
Lieu de naissance :
Adresse :
Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :
Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Adresse mail :

SCOLARITE

Dernière classe suivie :
Diplôme(s) obtenu(s) :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Emploi occupé actuellement :
Lieu de travail :
Adresse complète :

EMPLOYEUR

Nom :
Adresse complète :
Téléphone professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N° Poste : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

• A titre individuel ☐ OUI ☐ NON ☐
• Au titre de la formation continue ☐ OUI ☐ NON ☐
Facture et convention à adresser :

INSCRIPTION

Merci de transmettre cette fiche d'inscription à : IFSI Paris Saint-Joseph
185 rue Raymond Losserand – 75014 PARIS ou par mail sifsi@ghpsj.fr

Date :

Date :

Signature et cachet de l'employeur (si financement)

Signature du stagiaire