

(Nom-Prénom)

(Rue)

(CP – VILLE)

IFSI du GHRMSA

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

(À retourner à l'IFSI du GHRMSA avec votre dossier d'inscription)

Je soussigné(e), (Nom-Prénom)

né(e) le (date de naissance) à (ville)

demeurant au (adresse)

atteste sur l'honneur être inscrit(e) dans un seul Institut de Formation en Soins Infirmiers du bassin universitaire de Strasbourg, pour les épreuves de sélection à la formation infirmière.

Pour servir et valoir ce que de droit

Fait à

Le

Signature :