

(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 :