



**FICHE D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION 2022  
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE MULHOUSE**

*CLOTURE DES INSCRIPTIONS : LE VENDREDI 04 MARS 2022 INCLUS*

*(Avant de compléter les rubriques ci-dessous, lisez attentivement la notice jointe)*

Merci de  
**coller ici**  
votre photo  
d'identité

**Cadre réservé à l'administration**

**N° du dossier :** \_\_\_\_\_

Dossier complet  Droit d'inscription

Sexe :  M  F

**NOM PATRONYMIQUE :** ..... **NOM D'USAGE :** ..... **Prénom(s) :** .....

**Date de naissance :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Lieu de Naissance :** ..... **Dpt :** ..... **Nationalité :** .....

**ADRESSE : N° :** ..... **Rue :** ..... **Code Postal :** ..... **Ville :** .....

**Téléphone fixe :** ..... **Téléphone portable :** ..... **Adresse mail :** .....

**JE M'INSCRIS AU TITRE :**

- **De la liste 2 :** conformément à l'article 2 – 2° de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié par arrêté du 16 décembre 2020

**Candidat(e) relevant de la formation professionnelle continue, telle que définie par l'article L. 6311-1 du code du travail, et justifiant d'une durée minimum de trois ans de cotisation à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves de sélection, prévues aux articles 5 et 6, justifiant d'une durée minimum de trois ans de cotisation à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves.**

**Choix des IFSI :** (préciser le nom et le lieu de 2 autres IFSI du bassin universitaire de Strasbourg)

Choix n° 1 : **IFSI du GHRMSA**

Choix n° 2 : .....

Choix n° 3 : .....

Je certifie avoir pris connaissance des informations contenues dans la notice.

J'accepte sans réserve le règlement régissant les épreuves de sélection.

Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A....., Le .....

Signature :