

FICHE INSCRIPTION IFSI PROMOTION 2026 - 2029

Numéro matricule CHU Clermont
(réservé à l'administration)

COLLEZ VOTRE
PHOTO
ICI

Entrée dans la formation via ☐ Parcoursup ☐ la Formation Professionnelle Continue

NOM : _____ **NOM d'usage :** _____
Prénom : _____ **Autres prénoms :** _____
Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin **Date de naissance** _____
Ville de naissance : _____ **Pays de naissance :** _____
Code postal : _____ **Nationalité :** _____
Arrondissement : _____ **Date de Naturalisation :** ____ / ____ / ____
Situation familiale : _____ **N°sécurité sociale :** _____

Adresse pendant la scolarité : _____
Peut-être communiquée à la pré-rentree

Code Postal : _____ Ville : _____ N° INSEE : _____

N° Portable : _____ N° Fixe : _____ e-mail : _____

Adresse du domicile familiale (si différente de l'adresse ci-dessus) : _____

☐ Je bénéficie d'un aménagement d'enseignements dans le cadre d'une situation d'handicap (1/3 temps compris) et je m'engage à contacter avant la rentrée le Service Université Handicap au 04.73.40.55.07.

Statut : ☐ En poursuite d'étude – Précisez (BAC, PACES, ...) : _____

☐ En recherche d'emploi – Précisez : _____

☐ Non inscrit à France Travail
☐ inscrit à France Travail depuis le : _____ N° Identifiant : _____ Indemnisé : ☐ oui ☐ non
☐ Bénéficiaire d'une obligation à l'Emploi
☐ Bénéficiaire Polique Publique Nationale

☐ En activité – Précisez : _____

☐ Fonctionnaire ☐ Salarié ☐ Contrat Sécurisation Professionnelle ☐ Intermittent du spectacle
☐ CDD ☐ CDI ☐ Intérim ☐ Apprentissage
☐ Dernier Emploi occupé : _____ ☐ Secteur d'activité : _____
☐ Date de fin ou rupture de contrat : _____ ☐ Motif : _____

ETUDES SUIVIES ET DIPLOMES OBTENUS

☐ J'ai déjà été inscrit à l'IFSI de _____, promotion _____, je fournis une copie de mon dossier et déclare ne pas avoir été exclu de cette formation pour acte incompatible avec la sécurité des soins.

Diplômes	Année obtention
☐ Brevet des collèges	
☐ Baccalauréat Précisez la série : _____	
☐ Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant	
☐ Diplôme d'Etat d'Auxiliaire du Puériculture	
☐ Diplôme d'enseignement Supérieur	
Précisez : _____	
☐ Autres : Précisez : _____	

OBLIGATOIRE : Si vous avez déjà été inscrit à l'Université Clermont Auvergne (UCA) N° Dossier :

Fait à : _____ Le : _____

Signature d'un/des représentants légaux
pour les étudiants mineurs

Signature de l'étudiant