CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE

INSTITUT DE FORMATION DE MANIPULATEURS D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE

FICHE D'INSCRIPTION

PHOTO

Nom (en majuscules) : ______________________________

Nom de jeune fille (en majuscules) **:** ______________________________

Prénoms : ______________________________

Date de naissance : ____/____/______ **Lieu de naissance** : ____________________ **Département**|__|__|

Sexe : ❍ **masculin** ❍ **féminin** **Nationalité :** ______________________________

Adresse du candidat *(adresse du foyer fiscal)* ______________________________

____

Téléphone portable : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Téléphone fixe :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

e-mail : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|@|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SITUATION ACTUELLE

❍ **élève terminale** **série** ______________________

❍ **étudiant inscrit en faculté** **type de faculté** ___________________ *(médecine, sciences, pharmacie, chirg.dent, sports, lettres et sciences humaines droit/économie/gestion)*

❍ **étudiant inscrit dans une autre filière post-bac : laquelle** ____________________

❍ **élève classe préparatoire aux concours (hors préparation par correspondance)**

❍ **salarié en possession d'un baccalauréat** **date de début de salariat** ____________________

❍ **salarié** **<u>non bachelier</u>** **date de début de salariat** ____________________

❍ **demandeur d'emploi** **<u>non bachelier</u>** **date de début de salariat ou de chômage** ________________

❍ **autres situations** **précisez :** ______________________________

DIPLOMES OBTENUS

N° INE/BEA : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__| (Identifiant National)

N° Etudiant (inscription universitaire) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Baccalauréat **série** **année d'obtention** **mention :**

Equivalence Baccalauréat : ______________________________

Diplôme post-bac : ______________________________

TSVP

Etudes suivies depuis le Baccalauréat *(à remplir complétement par année scolaire)* **:**

_____

_____

_____

_____

CONJOINT(E) _____

Profession : _____

Téléphone fixe : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Portable : : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Mail : _____

Nombre d'enfants : _____

Je certifie l'authenticité des renseignements fournis sur la présente fiche.

Fait
Le

SIGNATURE DU CANDIDAT