CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
27 rue Lionnois – CS 60034 – 54 035 NANCY Cedex
Tel : 03 83 85 15 61 – Email : ifsi.lionnois@chru-nancy.fr
Directeur : JJ. SCHALK

ENGAGEMENT DE PAIEMENT AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION EN FORMATION CONTINUE EN RECONVERSION PROFESSIONNELLE DE L'IFSI DU CHRU DE NANCY – 2027

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Lieu de naissance (Ville) : ..... **Département :** __ __

Adresse : .....

Déclare solliciter mon inscription à l'épreuve de sélection FPC-RC de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHRU de Nancy pour la promotion 2027-2030.

Je reconnais que les frais de l'épreuve de sélection FPC-RC s'élèvent à un montant total de soixante euros (60 €)*. Ils correspondent aux coûts liés à l'organisation et à la gestion de la procédure de sélection et **restent dûs indépendamment de l'issue du concours**.

Je m'engage expressément à régler les frais de concours dont je suis redevable dès réception de la facture.

Le présent document vaut engagement contractuel au sens des articles 1101 et suivants du Code civil.

Fait à .....

Le __ __ / __ __ / __ __ __ __

Signature
(Précédée de la mention manuscrite « Bon pour engagement conditionnel de paiement »)

** Conformément à l'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'État d'Infirmier. Le montant indiqué correspond aux droits des épreuves de sélections FPC-RC applicables pour l'année universitaire en cours. Il est susceptible de modification annuelle conformément à la réglementation en vigueur.*