

**FICHE D'INSCRIPTION A L'ENTRETIEN SELECTIF**  
**FORMATION INFIRMIERE POUR MEDECINS TITULAIRES D'UN DIPLOME**  
**HORS COMMUNAUTE EUROPEENNE**

**(Article 9, Arrêté du 31 juillet 2009, modifié par l'arrêté du 13 décembre 2018)**

**A RETOURNER AU PLUS TARD LE JEUDI 8 AVRIL 2021 MINUIT, LE CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI  
A L'IFSI LE VINATIER, BP 30039, 95 BOULEVARD PINEL, 69678 BRON CEDEX**

Nom de naissance \_\_\_\_\_  
Prénom(s) \_\_\_\_\_  
Nom d'épouse ou d'usage \_\_\_\_\_  
Sexe  Féminin  Masculin  
Adresse \_\_\_\_\_  
Code postal et ville \_\_\_\_\_  
Téléphone Portable \_\_\_\_\_ Téléphone Fixe \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_  
Nationalité \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

TITRE D'INSCRIPTION :

Titulaire d'un diplôme de médecin du (pays d'obtention du diplôme)

\_\_\_\_\_

Date d'obtention du diplôme

\_\_\_\_\_

ACTIVITE SALARIEE :

OUI  NON si oui, nom de votre employeur actuel :

ETES-VOUS INSCRIT(E) DANS D'AUTRES IFSI :

OUI  NON si oui, lesquels :

**JE SOUSSIGNE(E), ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS MENTIONNES SUR CE DOCUMENT.**

**A LE SIGNATURE**