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