



BULLETIN D'INSCRIPTION CYCLE PRÉPARATOIRE 2025-2026

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM marital :

NOM de naissance :

Prénom

Date de naissance :

Ville de naissance :

Coller une photo

Coordonnées Personnelles

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. Portable :

Courriel personnel indispensable :

Coordonnées Professionnelles

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Service :

Diplôme professionnel

Intitulé :

Date d'obtention :

Fonction exercée :

☐ Faisant Fonction Cadre ☐ Faisant Fonction Formateur ☐ Autres :

Filière infirmière	Filière médico-technique	Filière rééducation
☐ Infirmier ☐ Infirmier anesthésiste ☐ Infirmier bloc opératoire ☐ Infirmière puéricultrice	☐ Manipulateur en électroradiologie médicale ☐ Préparateur en Pharmacie hospitalière ☐ Technicien de laboratoire médical	☐ Diététicien ☐ Ergothérapeute ☐ Masseur Kinésithérapeute ☐ Psychomotricien

Lieu de formation : Tour Marcel Brot - 1^{er} Etage - 1 Rue Joseph Cugnot – 54000 NANCY



ATTESTATION
PRISE en CHARGE FINANCIÈRE
CYCLE PRÉPARATOIRE
aux ÉPREUVES de SÉLECTION d'ENTRÉE A L'IFCS
2025– 2026

Je soussigné, (NOM-Prénom)

Directeur de l'Établissement employeur du stagiaire :

Etablissement :

Adresse :

Code postal :

Ville :

certifie la prise en charge financière de l'agent :

NOM :

Prénom :

Le coût de cette formation est fixé à **2100 €** pour 20 journées de formation selon les échéances suivantes : 1050 € au 31/12/2025 et 1050 € en fin de cycle.

La formation se déroule à la **Tour Marcel Brot - 1 Rue Joseph Cugnot - NANCY**

Fait à :

Le :

Cachet et Signature :

En cas d'autofinancement

Utilisation de MonCompteFormation à hauteur de : €

Adresse du destinataire de la facture :

NOM :

Prénom :

Code postal :

Ville :

Tél :

Fax :

E-mail :

Fait à :

Le :

Signature du financeur :