

## BULLETIN D'INSCRIPTION CYCLE PRÉPARATOIRE 2026-2027

☐ 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 :

**Adresse mail personnelle non professionnelle 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                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infirmier<br><input type="checkbox"/> Infirmier anesthésiste<br><input type="checkbox"/> Infirmier bloc opératoire<br><input type="checkbox"/> Infirmière puéricultrice | <input type="checkbox"/> Manipulateur en électroradiologie médicale<br><input type="checkbox"/> Préparateur en Pharmacie hospitalière<br><input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire médical | <input type="checkbox"/> Diététicien<br><input type="checkbox"/> Ergothérapeute<br><input type="checkbox"/> Masseur Kinésithérapeute<br><input type="checkbox"/> Psychomotricien |

**Lieu de formation : Tour Marcel Brot - 1<sup>er</sup> Etage - 1 Rue Joseph Cugnot – 54000 NANCY**

**ATTESTATION**  
**PRISE en CHARGE FINANCIÈRE**  
**CYCLE PRÉPARATOIRE**  
**aux ÉPREUVES de SÉLECTION d'ENTRÉE A L'IFCS**  
**2026– 2027**

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 31/12/2026 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 :**