IFSI CPN Centre Psychothérapique de Nancy
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)

03 83 92 51 51
ifsi@cpn-laxou.com

ICI

PHOTO IDENTITE OBLIGATOIRE

FICHE D'INSCRIPTION 2027

PREPARATION AUX EPREUVES DE SELECTION D'ENTREE EN IFSI

La préparation proposée concerne les candidats relevant de l'article 10 chapitre 3 de l'arrêté du 20/02/2026 titulaires (cochez votre situation) :

- ❒ D'un diplôme d'Etat d'Aide-Soignant(e)
- ❒ D'un diplôme d'Etat d'Auxiliaire Puéricultrice
- ❒ D'un candidat en reconversion professionnelle

Nom usuel : Prénom :.....Age :

Adresse :

Code postal : Ville

Tél. fixe : |__|__||__|__|__|__||__|__||__|__| Tél. portable : |__|__||__|__|__|__||__|__||__|__|

E-mail : @

Indiquez votre niveau scolaire le plus élevé

Quelle est votre activité actuelle

Employeur (Nom et Ville) :

- **Je m'inscris** à la PREPARATION DES EPREUVES ECRITE ET ORALE : Les mercredi 25 et jeudi 26 novembre, mercredi 9 et jeudi 10 décembre 2026 puis les lundi 11 et mardi 12 janvier, mercredi 27 et jeudi 28 janvier 2027

J'ai pris acte que le coût de la formation est de 650 € dont 50 € de frais de dossier **conservés en cas de désistement.**

Je verse à titre de réservation 50 € **aujourd'hui**.
Le solde (600€) sera versé **7 jours avant le démarrage de la formation pour un règlement personnel.**

MODE DE FINANCEMENT A PRECISER :

❒PERSONNEL ❒COMPTE PERSONNEL DE FORMATION – *Depuis le 02/04/26, vous devez participer au financement de la formation à hauteur de 150€ (sauf pour les demandeurs d'emploi)*

❒EMPLOYEUR ❒AUTRE

Dénomination et adresse du signataire de la convention si différent du nom précité.....

LA PRESENTE FICHE D'INSCRIPTION EST A RETOURNER ACCOMPAGNEE DES PIECES SUIVANTES

- ❒ 1 photo d'identité
- ❒ lors du règlement, il vous sera demandé un justificatif de règlement (copie de l'ordre de virement) selon les modalités ci-dessous.

Votre inscription sera prise en compte après réception du virement bancaire/postal.
de 50 euros uniquement représentant les frais de dossier sur le compte suivant

TITULAIRE DU COMPTE : REGIE RECETTES N 7 IFSI - CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE NANCY
1 RUE DU DR ARCHAMBAULT - BP 11010
54521 LAXOU CEDEX

Libellé à renseigner obligatoirement dans la partie Objet du Virement : Objet : P014 Nom, prénom du candidat inscrit (notamment si différent du titulaire du compte émetteur du virement).

Identifiant national de compte bancaire RIB

CODE BANQUE	CODE GUICHET	N° COMPTE	CLE
10071	54000	00002013658	97

Domiciliation **TPNANCY**

IBAN

FR76	1007	1540	0000	0020	1365	897

BIC **TRPUFRP1**

Date de la demande :
Signature (parent ou tuteur si mineur) précédée de la mention « bon pour accord »