



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### POUR LES ÉLÈVES ET ÉTUDIANTS EN SOINS PARAMÉDICAUX DE L'AP-HP

Nom de l'institut : Sélectionner un IFSI	
Promotion (mois / année)	Sélectionnez votre année

#### INFORMATIONS PERSONNELLES

Genre :            Féminin                            Masculin

Nom de naissance : ..... Nom usuel : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... Lieu : ..... Département : .....

Pays de naissance : ..... Nationalité : .....

Si nationalité hors Union Européenne, date de validité du titre de séjour : .....

Si naturalisation française, date de naturalisation : .....

#### SITUATION FAMILIALE

Sélectionnez votre situation familiale :	
Nombre d'enfants à charge :	

#### DOMICILIATION

Adresse actuelle (numéro et voie, préciser bât, étage, esc) : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Adresse durant la scolarité (si différente de celle ci-dessus) : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Téléphone portable : .....

Adresse e-mail .....

Mode de transport pour se rendre à l'institut :    Train  Métro  Bus    RER  SNCF  Voiture  2 roues

Durée du transport :  Moins de 30min  De ½ à 1 heure  De 1 à 1 heure ½  Plus 1 heure ½

#### PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom - Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Téléphone : ..... Téléphone portable : .....



**ADMISSION**

- Parcoursup                       Sélection et concours d'entrée en formation

Date d'obtention : .....

Niveau d'études actuel : .....

Nom et type du (des) diplôme(s)	Année d'obtention
<b>Diplôme à l'entrée en formation (ou titre admis en équivalence, précisez la série) :</b>	
<b>Autre diplôme obtenu :</b>	
<b>Aucun autre diplôme obtenu</b>	

Institut d'origine (avant interruption de formation, mutation...) : .....

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

Avez-vous déjà travaillé à l'AP-HP ?	Oui	Non
Si vous travaillez à l'AP-HP :	Votre identifiant APH :	
Votre fonction :		
Votre grade :		
Etablissement d'origine :		
Avez-vous déjà travaillé dans un établissement de santé hors AP-HP ?	Oui	Non
Nom de l'établissement :		
Percevez-vous déjà des indemnités ?	Si oui, précisez lesquelles :	
Oui	Non	

**VOTRE RÉGIME D'ÉTUDES ACTUEL**

Sélectionnez votre régime d'études :	Si autres, précisez :
--------------------------------------	-----------------------

**Contactez dès que possible votre institut afin de convenir des modalités de transmission de votre dossier :**  
**Pour cela, cliquez sur le nom de l'institut de votre affectation pour trouver son adresse mail :**

**IFSI et IFAS :** [Ambroise-Paré](#) ; [Antoine-Béclère](#) ; [Avicenne - Jean Verdier](#) ; [Beaujon](#) ; [Bicêtre](#) ; [Bichat](#) ; [Charles-Foix](#) ; [Émile-Roux](#) ; [Henri-Mondor](#) ; [Louis-Mourier](#) ; [Picpus](#) ; [Pitié-Salpêtrière](#) ; [Raymond-Poincaré](#) ; [Saint-Louis](#) ; [Tenon](#) ;  
**IFMEM :** [IFMEM - CFARM](#) ; [CFARM - CFPPH](#) ; [CFPPH - IADE](#) ; [IADE - IFIBODE](#) ; [IFIBODE](#)

**Institut de formation de puériculture et Institut de formation d'auxiliaire de puériculture :** [IFP et IFAP](#)  
**IFMK :** [IFMK - IFCS](#) ; [IFCS](#)

Ce document est à usage interne strictement réservé au Centre de formation et du développement des compétences. Il est utilisé dans le cadre de la gestion de votre scolarité, du versement des indemnités de stages et remboursements des frais de déplacement. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant.