



## ENGAGEMENT D'AUTOFINANCEMENT

### À ENVOYER À L'INSTITUT >>

Le formulaire de financement complété doit être joint avec les justificatifs d'inscription à votre institut.

La convention de financement à renvoyer signée vous sera adressée par les services financiers en retour du présent document d'engagement d'autofinancement.  
Les frais de scolarité seront à payer une fois par année civile.  
**La convention signée conditionne** votre entrée en formation.

Je soussigné(e),            Madame            Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage:

Prénom :

Date de naissance :

Adresse mail :

Adresse complète actuelle (pour les factures) :

N° de téléphone :

N° de téléphone portable :

Étudiant(e)      Candidat(e) à :

Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des conditions d'admission et d'inscription à l'institution de formation de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

Je m'engage à financer les frais de scolarité pour un coût de la formation d'un montant de                    €uros sur la durée totale de la formation (voir tarifs en page 2).

Mes études débutent à partir du :

J'ai bien noté que **si mon adresse n'est pas exacte je recevrai un avis d'huissier** que je devrai payer en plus de la facture sans pouvoir être remboursé. Donc si je change d'adresse au cours de ma scolarité je dois en informer obligatoirement l'école.

J'ai bien noté également que la convention de financement de la formation me sera adressée ultérieurement **et que je ne serai inscrit à l'école que quand j'aurai renvoyé la convention signée aux services financiers.**

A :

Le :

Signature



<b>TARIF DES FORMATIONS IFSI ET IFMEM À L'AP-HP à compter de 2024</b>			
<b>À compter du 01/09/2024</b>	<b>Nombre d'années d'études</b>	<b>Individuels (autofinancement)</b>	<b>Organismes de financement et employeurs</b>
Formation en soins infirmiers	3	20 312 €	22 470 €
Formation manipulatrice en électroradiologie médicale	3	22 457 €	24 717 €