



INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANTE
CENTRE HOSPITALIER DU HAUT-BUGEY – OYONNAX



FICHE D'INSCRIPTION – Situation 5

concerne les agents des services hospitaliers de la fonction publique hospitalière.

N° de dossier :

Cadre réservé à l'administration

NOM DE NAISSANCE

NOM D'EPOUSE.....

PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE/...../.....

NATIONALITE.....

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

TELEPHONE FIXE...../...../...../...../.....

TELEPHONE PORTABLE...../...../...../...../.....

MAIL.....

NOM et ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

..... TE//...../...../...../.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et la conformité de tous les documents joints à ce dossier (les originaux vous seront demandés si vous entrez en formation). Je m'engage également à ne pas modifier mon choix d'inscription.

Date et signature du candidat ou signature du représentant légal si le candidat est mineur.