



## INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

20, rue du Colonel Francis Nicol  
CS 90-389 - 59407 CAMBRAI CEDEX  
☎ : 03 27 37 67 30  
☎ : 03 27 37 67 32  
@ : sec.ifs@ch-cambrai.fr



# CONFIRMATION D'INSCRIPTION EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019 / 2020

Votre confirmation doit être impérativement :

- adressée par courrier en recommandé avec avis de réception,

OU

- déposée au secrétariat de l'Institut,  
(du lundi au vendredi de 8 h à 12 h et de 13 h 30 à 17 h)

## CONFIRMATION D'INSCRIPTION

La confirmation et le paiement des frais d'inscription doivent être déposés au secrétariat de l'Institut impérativement :

- **avant** le 19 juillet 2019 à 12h00 pour les candidats ayant accepté définitivement une proposition d'admission entre le 15 mai 2019 et le 14 juillet 2019 inclus.
- **avant** le 27 août 2019 à 17h00 pour les candidats ayant accepté définitivement une proposition d'admission entre le 15 juillet 2019 et le 25 août 2019 inclus.

Pour toute proposition d'admission acceptée à partir du 26 août 2019, l'inscription administrative et le paiement se feront dans les plus brefs délais après l'acceptation.

## DOSSIER D'INSCRIPTION

Le dossier d'inscription est téléchargeable sur le site :

[www.ch-cambrai.fr](http://www.ch-cambrai.fr) rubrique : Infos CH/IFSI

Il doit être **complet** et remis au secrétariat de l'Institut le jour de la pré-rentrée fixée au :

**mercredi 28 août 2019 de 13 h 30 à 17 h.**



## INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

20, rue du Colonel Francis Nicol  
CS 90-389 - 59407 CAMBRAI CEDEX  
☎ : 03 27 37 67 30  
☎ : 03 27 37 67 32  
@ : sec.ifs@ch-cambrai.fr



# CONFIRMATION D'INSCRIPTION EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019 / 2020

Je, soussigné(e) :

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM D'USAGE .....

Prénom(s) : ..... Autres prénoms : .....

Date de naissance : ..... N° du département : .....

Pays : ..... Nationalité : .....

Situation familiale : ..... Sexe :  F  M

N° de Sécurité Sociale : \_ clé \_ \_ \_

Adresse postale : .....

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

N° Tél. portable : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

N° de tél. fixe : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Adresse e-mail : .....@.....

**confirme mon inscription** à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Cambrai.

Fait à ....., le .....

Signature :

Joindre **impérativement** un chèque de 215 € à l'ordre du trésor public correspondant au frais d'inscription (*Nom et Prénom au dos du chèque*).