IFE
CENTRE HOSPITALIER
LAVAL

> ADMISSION 2024

FICHE D'INSCRIPTION RENTREE 2024/2025

Dispenses & modalités particulières de scolarité *(article 12 de l'arrêté du 17 janvier 2021 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute)*

Tampon date d'arrivée du dossier

Formulaire à compléter EN LETTRES CAPITALES

Titre de dispense

☐ **Diplôme** ..... Année .....

☐ **Licence** ..... Année .....

☐ **Master** ..... Année .....

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM de famille *(naissance)* .....

NOM d'usage .....

PRÉNOMS .....

Date de naissance :……/……/…… Ville de naissance .....

Département de naissance…….…….. (……..) Pays de naissance .....

N° de sécurité sociale : /___/____/____/____/_____/____/ ____/ (clé)

Adresse domicile : .....

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

Tél. : I_____I_____I_____I_____I_____I Mobile: I_____I_____I_____I_____I_____I

Courriel* : …….@…….…….. *-en lettre capitale*

(la convocation sera adressée par mail sauf avis contraire de votre part)

Je soussigné(e), _____

❑ **autorise** ❑ **n'autorise pas** l'IFE du Centre Hospitalier de Laval à me faire parvenir ma convocation à l'entretien par mail

Je soussigné(e)……..certifie exacte les informations ci-dessus

Fait à……
le……/……/……
Signature