

Mercredi 16 mai et jeudi 17 mai 2018

de 09:00 à 17:30

Objectifs de la formation

Réussir les épreuves orales de la sélection du concours d'entrée en IFSI

- ◆ *Méthodologie*
- ◆ *Se connaître, se présenter*
- ◆ *Sujets d'actualité du secteur sanitaire et social*
- ◆ *Mise en situation face à un jury de formateurs*

Responsable de la formation :

Agnès MILLE cadre de santé formateur

Public concerné

Tout public remplissant les conditions d'inscription aux épreuves



Modalités

Groupe de 15 personnes



Coût de la formation

122 euros (paiement à l'ordre des régisseurs des recettes du CASH)

143 euros pour une prise en charge par l'employeur



En cas de non réussite aux épreuves écrites .

Le chèque ne sera pas encaissé et sera restitué au candidat .

Accès RATP : BUS 304 ou 378 Arrêt Pont de Rouen, puis accès à l'IFSI via la passerelle.

Institut de Formation en Soins Infirmiers du CASH de Nanterre



I.F.S.I. de Nanterre

Immeuble Axe Seine

1 à 3 rue du 1er Mai

92000 NANTERRE

Téléphone : 01 49 03 41 70

Télécopie : 01 49 03 42 03

Messagerie :

secretariat-ifsich-nanterre.fr

Site : www.ifsinanterre.fr

Organisme de formation continue enregistré sous le numéro d'activité : 119 219 766 92.

Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat.

Institut de Formation en Soins Infirmiers du CASH de Nanterre



CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS HOSPITALIERS DE NANTERRE

Préparation à l'épreuve orale du Concours d'entrée en I.F.S.I.

I.F.S.I. de Nanterre
Immeuble Axe Seine
1 à 3 rue du 1er Mai
92000 NANTERRE

● **Les 16 et 17 mai 2018**

COMPLETER EN MAJUSCULES

NOM patronymique:

NOM marital :

Prénom :

Adresse :

Téléphone

Fixe :

Portable :

E-mail :

Nationalité :

Situation familiale et nombre d'enfants :

N° Sécurité sociale

Centre et adresse du centre SS.

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département

Dernières études poursuivies :

Dernier diplôme obtenu :

Occupez-vous un emploi ?

OUI

NON

Dernier emploi occupé ?

Lieu (service / secteur)

Mode de prise en charge financière de la formation :

Employeur

Personnelle

Autre (précisez)

Si prise en charge par l'employeur,
merci de préciser :

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

Téléphone :

Nom et prénom de la personne à qui la convention doit être envoyée / personne à contacter.

Merci d'écrire LISIBLEMENT ...