

Engagement de régler les frais d'inscription
À la sélection Infirmière par la voie de la Formation Professionnelle Continue
À l'Institut de Formations en Santé de VILLEFRANCHE SUR SAONE

Pour les personnes mineures, ce document doit être complété par le représentant légal.

➤ Je soussigné(e),

- Nom de naissance :
- Nom d'usage :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Représentant légal de :
- Adresse mail :
- Adresse complète actuelle (pour la facturation) :

- N° de téléphone :
- N° de téléphone portable :

- M'engage à régler les frais d'inscriptions à la sélection Infirmière par la voie de la Formation Professionnelle Continue. Ces frais s'élèvent à 102 € pour la sélection organisée en 2025/2026.
- J'ai bien noté qu'en cas de désistement ou d'absence aux épreuves et quel que soit le motif, le règlement est à effectuer.

Fait à :

Le :

SIGNATURE :

NB. : la signature du présent engagement de payer ne fait pas obstacle à une demande de prise en charge totale ou partielle auprès d'un organisme tiers. L'IFS ne facturera que la part non prise en charge par ailleurs.