

Coller votre photo d'identité ICI	FICHE D'INSCRIPTION RENTREE FORMATION INFIRMIERE 2026 GROUPEMENT UBS-MORBIHAN (A COMPLETER EN MAJUSCULES)	CADRE RÉSERVÉ À L'INSTITUT N° dossier : Divers :
--	---	---

Je priorise le ou les IFSI de :

(Classer de 1 à 3 vos choix, 1 étant le 1^{er} choix)

Instituts du Groupement UBS-Morbihan	Choix
IFPS de Lorient	
IFPS de Pontivy	
IFPS de Vannes	

Vous pouvez choisir de vous inscrire dans 1 seul et unique Institut, ou bien choisir de vous inscrire dans les 2, ou les 3 Instituts du Groupement UBS – Morbihan. Votre admission ne sera recevable que dans le ou les institut(s) choisi(s).

État Civil :

CIVILITE : ☐ Madame ☐ Monsieur
 NOM : PRENOM :
 NOM D'USAGE : AUTRES PRENOMS :
 DATE DE NAISSANCE :/...../..... LIEU NAISSANCE : DEPARTEMENT :
 NATIONALITE :
 NUMERO I.N.E ou B.E.A. (*) (Obligatoire si vous en détenez un) :
 ADRESSE MAIL (Obligatoire) :
 ADRESSE :
 CODE POSTAL : VILLE :
 TELEPHONE FIXE :/...../...../...../..... PORTABLE :/...../...../...../.....

(*) Identifiant National Etudiant qui figure sur le relevé de notes du Baccalauréat obtenu après 1995

Diplômes détenus :

TITRE		Série ou intitulé du diplôme	Année d'obtention
Titulaire du Baccalauréat	<input type="checkbox"/>		
Diplôme d'A.S. ou d'A.P.	<input type="checkbox"/>		
Autres diplômes (Précisez)	<input type="checkbox"/>		
Aucun diplôme détenu	<input type="checkbox"/>		

Situation de handicap

(Cocher la case correspondante)

a) Souhaitez-vous nous faire part d'une situation de handicap :

- ☐ Oui **Si oui, laquelle :**
- ☐ Non

Demande d'aménagement des épreuves pour les candidats présentant un handicap

b) Souhaitez-vous nous faire part d'une demande d'aménagement des épreuves :

- ☐ Oui **Si oui, modalités recommandées par un Médecin :**
- ☐ Non

(Fournir un justificatif pour la date de clôture des inscriptions)

Publication des résultats sur internet et affichage :

(Cocher la case correspondante)

En cas de réussite, afin que les candidats soient informés rapidement, les Instituts du Territoire UBS-Morbihan publient les résultats sur leurs sites internet respectifs.

- ☐ **J'accepte** que mon identité paraisse lors de la publication des résultats sur les sites internet des Instituts du Groupement UBS-Morbihan et sur les panneaux d'affichage de leurs sièges respectifs.
- ☐ **Je refuse** que mon identité paraisse lors de la publication des résultats sur les sites internet des Instituts du Groupement UBS-Morbihan et sur les panneaux d'affichage de leurs sièges respectifs. *(Attention, pour que votre demande soit prise en compte, vous devrez fournir un courrier, avec le dossier d'inscription, stipulant le refus de la parution de votre identité lors de la publication des résultats). Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.*

(L'absence de réponse vaut refus de la diffusion)

Vaccinations :

Je soussigné(e).....reconnais être informé(e) des conditions vaccinales exigées pour intégrer la formation d'infirmier et m'engage à entamer les démarches nécessaires.

NB : il faut compter un délai de 6 mois pour être immunisé de l'hépatite, Il est donc impératif de ne pas attendre les résultats des épreuves de sélection. Vous êtes donc invité(e) à commencer vos schémas vaccinaux le plus tôt possible.

Engagement du candidat :

Je soussigné(e).....atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et reconnais avoir pris connaissance des informations portées dans le dossier d'inscription.

Je soussigné(e).....m'engage à fournir une attestation de désinscription ou de non inscription sur Parcoursup en cas d'admission.

Fait à
Le

Signature du candidat (Obligatoire)