

N° de candidat au concours : _____

Liste A Principale Complémentaire

Liste B Principale Complémentaire

ENGAGEMENT DE SCOLARITE IFSI

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone _____

A la Direction de l'IFSI du CHU de NICE

Je confirme m'engager à suivre la scolarité menant au Diplôme d'Etat d'Infirmier à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de NICE pour l'année scolaire 2019/2020.

Fait à NICE le _____ **SIGNATURE**

RENONCEMENT DE SCOLARITE IFSI

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone _____

A la Direction de l'IFSI du CHU de NICE

Je confirme renoncer à suivre la scolarité menant au Diplôme d'Etat d'Infirmier à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de NICE pour l'année scolaire 2019/2020.

Motif : _____

Fait à NICE le _____ **SIGNATURE**