

N° de candidat au concours : \_\_\_\_\_

Liste 1  Principale  Rang classt. \_\_\_\_\_

Liste 2  Complémentaire  Rang classt. \_\_\_\_\_

### ENGAGEMENT DE SCOLARITE IFAS

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

#### **A la Direction de l'IFAS du CHU de NICE**

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

Fait à NICE le \_\_\_\_\_ **SIGNATURE**

\*\*\*\*\*

### RENONCEMENT DE SCOLARITE IFAS

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

#### **A la Direction de l'IFAS du CHU de NICE**

Je confirme renoncer à suivre la scolarité menant au Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant à l'Institut de Formation d'Aide-Soignant du CHU de NICE pour l'année scolaire 2019/2020.

Motif : \_\_\_\_\_

Fait à NICE le \_\_\_\_\_ **SIGNATURE**