

A retourner à :  
**L'I.F.C.S. de l'E.P.S. Ville-Evrard**  
202, avenue Jean-Jaurès  
93332 Neuilly-sur-Marne Cedex

Merci de coller  
ici votre photo  
d'identité  
*[obligatoire]*

**Pour la formation préparant aux :  
« Epreuves de sélection à l'entrée  
en Instituts de Formation de Cadres de Santé »**

**Session 2024-2025**

Madame  Monsieur

Patronyme : ..... Nom usuel : .....

Prénom : ..... Tél : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Mail : .....@..... Profession : .....

Employeur : .....

Date obtention diplôme professionnel<sup>1</sup> : .....

Vos coordonnées professionnelles : .....

**Coût des frais pédagogiques : 2.850,00 € (non assujéti à la T.V.A)**

Prise en charge par l'employeur<sup>2</sup>

Prise en charge individuelle

Signature du Directeur de l'Etablissement

Nom et Signature de l'étudiant :

ou de son représentant :

.....

Cachet de l'employeur :



 RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

<sup>1</sup> Joindre la photocopie de votre diplôme professionnel

<sup>2</sup> Merci de joindre un certificat administratif