

## DEMANDE DE GRADE LICENCE

### EXAMEN

D.E. INFIRMIER

ANNEE D'OBTENTION : .....

### COORDONNÉES

NOM USUEL : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

PRENOM(S) : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TELEPHONE : .....

ADRESSE ELECTRONIQUE : .....@.....

#### Joindre et agraffer à ce document :

- un **courrier** autorisant la direction de l'IFSI-IFAS-IFA à vous envoyer votre grade licence
- copie de votre **carte d'identité** (ou passeport ou permis de conduire) **en cours de validité**
- une **grande enveloppe** (format 24 x 32) libellé à votre adresse
- un **récépissé d'accusé réception**, dûment rempli
- **6,80€** soit 6 timbres **rouges en lettre prioritaire**.

#### Envoyer votre demande à l'adresse suivante :

**Institut de Formation en Santé - Mail Pierre Charlot - 41016 BLOIS Cedex**

Fait à ....., le.....

Signature du lauréat :

| Durée classement | Mode classement | Lieu classement | Responsable |
|------------------|-----------------|-----------------|-------------|
| A vie            | Papier          | Secrétariat     | Secrétariat |