



Cofinancé par
l'Union européenne

Institut d'Etudes en Santé



**FORMULAIRE DE REPONSE
D'ACCEPTATION OU DE RENONCIATION
AU SELECTION D'ENTREE DANS LES INSTITUTS D'ETUDES EN
SANTE DU CHU DE LA REUNION**

ETAT CIVIL

Nom patronymique (de naissance)

Nom marital :

Prénoms :

(dans l'ordre de l'état civil – pièce identité)

Date de naissance :/...../..... Ville de naissance :

Confirme ou Renonce à l'entrée en formation pour l'institut de formation suivant :

IFAS Nord <input type="checkbox"/>	IFAS Sud <input type="checkbox"/>	IFAP <input type="checkbox"/>	IFMK <input type="checkbox"/>
IFSI Nord <input type="checkbox"/>	IFSI Sud <input type="checkbox"/>	IRIBODE <input type="checkbox"/>	
IFA Nord <input type="checkbox"/>	IFA Sud <input type="checkbox"/>	IRIADE <input type="checkbox"/>	

Classement rang : n°..... en Liste principale Liste complémentaire

Fait à :le/...../ 2025

Signature :

Merci de transmettre ce formulaire de réponse (*rempli, daté et signé*) par Mail à l'adresse suivante : ies-concours@ies-reunion.fr