



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 ☐	IFAS Sud ☐	IFAP ☐	IFMK ☐
IFSI Nord ☐	IFSI Sud ☐	IRIBODE ☐	
IFA Nord ☐	IFA Sud ☐	IRIADE ☐	

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