



**CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT**

**Institut de Formation en Soins Infirmiers**

B.P. : 30161 - 88204 REMIREMONT CEDEX  
Tél. : 03 29 23 41 24 E-mail : ifsi@ch-remiremont.fr



## **FICHE DE DEMANDE DE DOSSIER RENTRÉE 2024 POUR L'IFSI DU CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT**

Nom de famille : .....

Nom d'usage (épouse) : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. portable : .....

Tél. fixe : .....

Date : .....

Signature :

Attestation d'admission en 1<sup>ère</sup> année à joindre obligatoirement à cette demande  
(téléchargeable sur Parcoursup)

Fiche à envoyer à :

IFSI – Secrétariat  
CENTRE HOSPITALIER  
BP 30161  
88204 REMIREMONT CÉDEX

Ou par mail : ifsi@ch-remiremont.fr