





Centre Hospitalier de **Saint-Denis**  
**Institut de Formation en Soins Infirmiers**

2 RUE DU DR DELAFONTAINE

93200 SAINT DENIS

DIRECTRICE : THIAIS SYLVIE

[www.ch-stdenis.fr](http://www.ch-stdenis.fr) Rubrique écoles

01 42 35 64 73 ou 60 31

Mail : [hsd-ifs@ch-stdenis.fr](mailto:hsd-ifs@ch-stdenis.fr)

**POUR LES STAGIAIRES**  
**AGES DE MOINS DE 18 ANS AU 20 DÉCEMBRE 2010**

**- Autorisation parentale pour participer à la formation –**

**PRÉPARATION AUX CONCOURS D'ENTRÉE EN**  
**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS (IFSI)**  
**CH DELAFONTAINE – SAINT-DENIS**  
**20-21-22-23-24 DÉCEMBRE 2010**

Je soussigné(e) père, mère, tuteur, (entourée la mention utile),  
Nom (en capitale).....prénom.....

Autorise mon fils (ma fille)  
Nom (en capitale).....prénom .....

à participer à la formation préparatoire aux épreuves du concours d'entrée à l'Institut de Soins Infirmiers (IFSI) du Centre Hospitalier de Saint-Denis - 2 rue du Dr Delafontaine – BP 279 – 93205 SAINT-DENIS Cedex, les 20-21-22-23-24 décembre 2010.

Le .....

**SIGNATURE**