

Vos nom, prénom et adresse

M. ....

.....

.....

.....

.....

Tel : .....

Portable : .....

**Si Pôle Emploi - n° identifiant :** .....

Adresse mail (que vous conserverez pendant les 3 années d'études) :

.....@.....

Le .....

Madame la Directrice  
Institut de Formation en Soins Infirmiers  
SAINTE-MARIE,  
9337, route de St Laurent  
Quartier Plan du Bois  
06610 LA GAUDE

Madame la Directrice,

Par la présente, je vous confirme mon inscription pour la rentrée scolaire en 1<sup>ère</sup> année de formation en soins infirmiers, soit le 7 septembre 2026, dans votre institut de formation.

Je joins à mon courrier l'attestation de paiement de la CVEC.

En cas de prise en charge par mon employeur ou par un O.P.C.O (OPCO Santé (ex UNIFAF), Transitions Pro (ex FONGECIF), ...), je suis informé(e) que ce montant me sera remboursé après signature de la convention de formation et je joins l'accord correspondant. Je n'ai pas la CVEC à régler.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature et mention  
« lu et approuvé »