

Bulletin d'inscription

Bulletin à retourner à :

Institut de Formation en Soins Infirmiers – Formation Continue
A l'attention de Mme Séverine GUILLOT
1 avenue de l'hôpital - EPAGNY METZ TESSY – BP 90074
74374 PRINGY Cedex
ou par mail : ifsi.formation.continue@ch-annecygenevois.fr

Formation souhaitée

Intitulé de la formation :
Dates :
Coût :

Participant

Nom :
Nom de naissance (si différent du nom) :
Prénom :
Date de naissance :
Fonction/grade :
Adresse personnelle :
.....

Téléphone (fixe et/ou portable) :

Adresse d'exercice principal :
.....

Adresse électronique :

Mode d'exercice dominant (≥ 50 %) :

salarié

mixte

libéral

service de santé des Armées

N° ADELI : ou N° RPPS :

Prise en charge : employeur¹

individuelle

¹ fournir une attestation de votre employeur prouvant qu'il est au courant de votre démarche et/ou projet

Etablissement (si prise en charge par l'employeur)

Désignation de l'employeur :

Adresse :

N° SIRET :

Nom du responsable de l'inscription :

Téléphone :

Adresse électronique :

Convention de formation : oui non

(préciser le nom de la personne habilitée à signer la convention) :

Fait à _____ , le _____

Signature du stagiaire

Signature et cachet de l'établissement
(si prise en charge par l'employeur)