

# 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 - ANNECY  
ou par mail : [ifsi.formation.continue@ch-annecygenevois.fr](mailto:ifsi.formation.continue@ch-annecygenevois.fr)

### Formation souhaitée

Intitulé de la formation : .....  
Dates : .....  
Coût : .....

### Participant <sup>1</sup>

Nom : .....  
Nom de naissance (si différent du nom) : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Fonction/grade : .....  
Adresse personnelle : .....  
.....  
Adresse électronique : .....  
Téléphone (fixe et/ou portable) : .....  
  
Adresse d'exercice principal : .....  
.....

Mode d'exercice dominant (≥ 50 %) :

- salarié  mixte  
 libéral  service de santé des Armées

N° ADELI : ..... ou N° RPPS : .....

Prise en charge :  employeur<sup>2</sup>  individuelle

<sup>1</sup> « Vos données personnelles sont conservées à des fins administratives tout au long de votre formation et le sont à des fins d'archivage une fois celle-ci achevée. Vous pourrez à tout moment solliciter la suppression de vos données personnelles lorsque vous quitterez l'établissement (fin de formation, etc...). »

<sup>2</sup> 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 : .....

Code service CHORUS : .....

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)