

Bulletin d'inscription

(1 par personne)

- Intitulé de la formation.....
- Dates :
- Le/La Stagiaire à inscrire :

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : Ville de naissance : N° Dpt :

Domicilié à :

Fonction :

Numéro RPPS ou ADELI :

Adresse Mail (**Obligatoire**) :

Si vous avez besoin d'un aménagement spécifique, vous pouvez nous contacter.

Quels sont vos attentes et besoins par rapport à la formation ?

.....

.....

- Organisme ou établissement employeur :

Nom de l'établissement :

Nom du Directeur :

N° SIRET :

Adresse :

.....

Personne à contacter :

Tél : Adresse Mail :

Coût de la formation :

Date et signature

Cachet

► A RETOURNER

- Par mail : ifsi@ch-brive.fr
- Téléphone : 05.55.92.79.55

- Par courrier :

Instituts de Formation-Pôle de Formation en Santé
22 rue Jules Valles
19100 BRIVE-LA-GAILLARDE