



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

FICHE D'INSCRIPTION

ADAPTATION A L'EMPLOI EN S.S.P.I. pour les IDE

✓ **STAGIAIRE** :

NOM USUEL (en caractère d'imprimerie) : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

Téléphone personnel | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Adresse mail du stagiaire obligatoire : _____

Profession : _____

✓ **EMPLOYEUR** : (obligatoire)

Nom (en caractère d'imprimerie) : _____

Adresse : _____

Téléphone professionnel | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | (à remplir impérativement)

Correspondant de formation continue de l'établissement _____

Adresse mail de l'employeur _____

Téléphone | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

✓ **DATES DE LA FORMATION** :

12 et 13 novembre 2020

✓ **COUT DE LA FORMATION** :

280 euros par stagiaire

Financement par employeur

à titre individuel

Date :

Signature du responsable de la structure :

Signature du stagiaire :

Le Pôle de Formation des Professionnels de Santé se réserve le droit d'annuler la session si le nombre d'inscrits n'est pas suffisant 3 semaines avant le début de celle-ci.