



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

## FICHE D'INSCRIPTION

CPT 291 A

### **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 \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel. \_\_\_\_\_

**Adresse mail du stagiaire obligatoire** : \_\_\_\_\_

**Grade** : \_\_\_\_\_

✓ **EMPLOYEUR** : (obligatoire)

Nom (en caractère d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Correspondant de formation continue de l'établissement \_\_\_\_\_

Adresse mail de l'employeur \_\_\_\_\_

Téléphone | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

✓ **DATES DE LA FORMATION** :

**17 et 18 novembre 2022**

✓ **COUT DE LA FORMATION** :

**300 euros par stagiaire**

Financement par employeur

à titre individuel

Date :

Signature du responsable de la structure :

Signature du stagiaire :