

IBODE
IADE
IPDE



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

FICHE D'INSCRIPTION

CPT 253 H

L'ENCADREMENT DES ETUDIANTS INFIRMIERS SPECIALISES PAR LES PROFESSIONNELS DE PROXIMITE

✓ STAGIAIRE :

NOM USUEL (en caractère d'imprimerie) : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

Téléphone personnel : _____ Téléphone professionnel : _____

Adresse mail : _____

Profession : _____

✓ EMPLOYEUR : (obligatoire)

Nom (en caractère d'imprimerie) : _____

Adresse : _____

Correspondant de formation continue de l'établissement : _____

Adresse mail: _____ Téléphone : _____

✓ DATE AU CHOIX :

1^{ère} session 1^{er} mars 22

2^{ème} session 23 juin 22

3^{ème} session 18 octobre 22

✓ COÛT DE LA FORMATION :

160 euros par stagiaire

Financement par employeur

à titre individuel

Date :

Nom et signature du responsable de la structure :

Signature du stagiaire :