



FORMATION CONTINUE

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

Directrice : F. GIRARD

☎ : 05 55 96 43 79

✉ : f.girard@ch-ussel.fr

2 Avenue du Docteur Roullet – 19208 USSEL Cedex

Secrétariat IFSI ☎ : 05 55 96 40 23

Secrétariat IFAS ☎ : 05 55 96 42 56

✉ : ifsi@ch-ussel.fr

Siret : 26 19 275 03 000 19 N° de déclaration d'activité : 74 19 P 00 16 19

Certification Qualiopi au titre de la catégorie d'actions suivantes : Actions de formation, Validation des acquis de l'expérience, Formation continue N°QUA2109AOCHUSS du 31/12/2021 au 30/12/2024

Formation choisie

Intitulé de la formation : Date(s) de la session souhaitée(s) : Année de l'obtention du diplôme + Fournir un CV

Coordonnées du stagiaire

Mme, M : naissance : Né(e) le : Ville et N°Département : N° ADELI : N° Tel Fixe : N° Tel Portable : Adresse Mail (obligatoire) :

- Statut : Fonctionnaire titulaire, Fonctionnaire stagiaire, Contractuel fonction publique, Autre (préciser)

Etablissement d'exercice et service : Adresse de l'établissement : N°Téléphone :



Institut de Formation en Soins Infirmiers et Aides-Soignants

Conditions de prise en charge des frais de formation :

- Je m'engage à régler moi-même le montant de la formation sur présentation d'une facture
- Je demande une prise en charge de la formation à l'organisme ou à l'entreprise désignée ci-dessous (destinataire de la convention de formation)

Si prise en charge par l'établissement employeur

Nom :

.....
.....

Adresse :

.....
.....

Code Postal :

..... **Ville :**
.....

Personne signataire de la convention :

Cachet et Signature :.....

.....

Personne à joindre :

NOM : Prénom :

Téléphone : Mail :

Pour toute information complémentaire vous pouvez appeler le secrétariat au 05.55.96.42.56

La Directrice

F.GIRARD