

# FICHE D'INSCRIPTION ASG

**Intitulé de la formation :**

ASG 2017

**Dates :**

**STAGIAIRE**

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ lieu naissance : \_\_\_\_\_ Dpt : \_\_\_\_\_

Adresse :

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Qualification :

Diplôme : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

**EMPLOYEUR**

NOM DE L'ETABLISSEMENT :

Nom et fonction de la personne responsable :

Adresse :

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

**Par l'établissement employeur :**

Je soussigné (e) NOM Prénom \_\_\_\_\_ agissant en qualité de (fonction) \_\_\_\_\_  
m'engage, par la présente, à prendre en charge les frais afférents à cette inscription.

Cachet

Date

Signature

**Par le stagiaire :**

Je m'engage à payer les frais de formation :

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

La facture doit être établie à l'ordre :

Du stagiaire

De l'établissement employeur

Autre : (fournir coordonnées complètes)

**A retourner à :**

**Institut de Formation en Soins Infirmiers - Centre Hospitalier**

**2 Avenue du Docteur Roulet 19208 USSEL cedex**

**SIRET : 26192750300019**