

FICHE D'INSCRIPTION ASG

Intitulé de la formation :

Dates :

Du 20 au 24 septembre 2021 semaine 1

Du 11 au 15 octobre 2021 semaine 2

Du 15 au 19 novembre 2021 semaine 3

Du 6 au 10 novembre 2021 semaine 4

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