

BULLETIN D'INSCRIPTION 2019



À PHOTOCOPIER ET À RETOURNER À :
Centre hospitalier intercommunal Poissy - Saint-Germain
École Régionale d'Infirmiers Anesthésistes
CS 73082 - 78303 Poissy Cedex

ou par fax : 01 39 27 46 77
ou par mail : ecoleiade@chi-poissy-st-germain.fr

FORMATION

Intitulé :

Dates :

Référence :

Pour les formations EER et ventilation en réanimation, veuillez nous préciser le type de moniteurs et respirateurs que vous utilisez :

PARTICIPANT

Nom : Prénom :

Diplômes professionnels (année d'obtention) :

Fonction : IDE IADE cadre IDE cadre IADE Sage-femme IBODE MAR

Cadre dans lequel s'inscrit la formation : Plan de formation DIF Autre

Service : Tél. :



E-mail personnel du participant (obligatoire) :

ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR ou adresse personnelle si inscription individuelle

Nom :

Adresse :

Code postal / Ville :

Tél. : Télécopie :

RESPONSABLE DE FORMATION

Nom : Prénom :

Tél. : Télécopie :

Adresse de convocation de l'agent (si différente) :

Adresse de facturation (si différente) :

E-mail :

Accord du Directeur de l'établissement pour la prise en charge financière au titre de la formation continue

Date

Signature

Cachet de l'établissement

Prise en charge financière individuelle

Date

Signature de l'intéressé