

À PHOTOCOPIER ET À RETOURNER À :

École Régionale d'Infirmiers Anesthésistes - UFR des sciences de la santé Simone Veil
2 avenue de la Source de la Bièvre - 78180 Montigny-Le-Bretonneux

OU PAR MAIL : ecoleiade.chips@ght-yvelinesnord.fr

numéro de déclaration d'activité : 11 78 P00 45 78



FORMATION

Intitulé : _____

Dates : _____

Référence : **04.36.** _____

Pour « préparation concours » : en présentiel à distance

PARTICIPANT

Nom : _____ Prénom : _____

Diplômes professionnels (et 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. : _____

obligatoire

E-mail du participant : _____

ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR ou adresse personnelle si inscription individuelle

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal / Ville : _____

Tél. : _____

RESPONSABLE DE FORMATION

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. : _____

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 _____