

# BULLETIN D'INSCRIPTION 2022



UFR Simone Veil - Santé  
CAMPUS DE SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

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](mailto:ecoleiade.chips@ght-yvelinesnord.fr)

OU SUR LE SITE INTERNET

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  Aide-soignant

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