



Pôle Formation continue
FICHE D'INSCRIPTION

Mail : ifsi@ch-tulle.fr

Courrier : IFSI - 18 rue du 9 juin 1944 - BP 117 - 19000 TULLE

Formation choisie

Intitulé de la formation :

Date(s) souhaitée(s):

Vos Coordonnées

Mme, M. : Nom de naissance :

Né(e) le : Ville et département de naissance :

(Joindre une copie de la pièce d'identité en cours de validité-obligatoire)

N° ADELI :

(Si formation tutorat infirmier, joindre la copie de votre diplôme d'état)

N° Tel fixe : N° Tél Portable :

Adresse personnelle :

Statut :

- Fonctionnaire titulaire
- Fonctionnaire stagiaire
- Contractuel fonction publique
- Autre (préciser).....

Etablissement d'exercice et service :

Adresse de l'établissement

Conditions de prise en charge des frais de formation :

Je m'engage à régler moi-même le montant de la formation sur présentation d'une facture

Je demande une prise en charge de la formation à l'organisme ou à l'entreprise désignée ci-dessous (destinataire de la convention de formation) :

NOM :

ADRESSE :

Code postal - Ville :

PERSONNE SIGNATAIRE DE LA CONVENTION :

Pour toute information complémentaire appeler le secrétariat de l'Institut : 05.87.49.33.31