

I.F.S.I. CENTRE HOSPITALIER DU BLANC
B. P. 202 36300 LE BLANC

Formation continue
n° de déclaration d'existence 2436 P0014 36

BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner à la cellule de formation continue de l'I.F.S.I. avant :

STAGIAIRE

NOM : Prénom :

Adresse personnelle ou professionnelle (*)
..... ☎ personnel :

.....
Ville ☎ de la formation continue ou
Code postal du responsable d'établissement

Fonction occupée
Service Prive Public

Etablissement Exercice libéral

.....
(*) rayer la mention inutile

ACTION CHOISIE

Thème de la formation

Dates :

PRISE EN CHARGE

Individuelle	Par l'établissement
<i>Le stagiaire s'engage à payer dès l'inscription</i>	<i>L'établissement s'engage à prendre en charge cette action de formation</i>
Adresse facturation	Adresse facturation
.....
A, le	A, le
Signature du stagiaire	Signature et cachet de l'établissement

L'I.F.S.I. se réserve le droit d'annuler ou de reporter les stages dans le cas où le nombre de participants serait insuffisant.