

INTITULÉ DE LA FORMATION :

NOM :

Prénom :

Fonction :

Adresse personnelle :

Tél :

Mail :

Pour les personnes salariées :

Etablissement :

Adresse :

Tél :

Prise en charge de la formation par:

- L'établissement ▪
- À titre individuel ▪

Date :

Signature :

Joindre votre règlement à l'ordre de : **Monsieur le Trésorier Principal du C.H. Alpes-Isère.**

Bulletin à retourner à : **Institut de Formation en Soins Infirmiers
Département de Formation Continue
CH ALPES ISERE
CS 20100
38521 SAINT EGREVE CEDEX**

Pour toute information : secretariatfsi@ch-alpes-isere.fr