



BULLETIN D'INSCRIPTION

INSCRIPTION INDIVIDUELLE

INTITULE FORMATION :

DATES FORMATION :

NOM - Prénom :

Adresse :

CP / VILLE :

Téléphone :

Mail :

Fonction :

Etes-vous : Libéral.e Salarié.e non pris.e en charge par
 Demandeur.se d'emploi Autre

Bulletin à retourner avec votre règlement par chèque à l'ordre du Trésorier Principal de Saint-Egrève

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Département de Formation Continue
CS 20100
38521 SAINT EGREVE CEDEX