



# BULLETIN D'INSCRIPTION

## PREPARATION A L'EPREUVE ORALE DU CONCOURS AIDE-SOIGNANT

TARIF de la FORMATION : 400 €uros

NOM - Prénom : .....	
Adresse : .....	
.....	
CP / VILLE : .....	
Téléphone : .....	Mail : .....
Baccalauréat : .....	Série : .....

**Pour les personnes salariées :**

Fonction : .....	Etablissement : .....
Adresse : .....	
.....	
Téléphone : .....	Mail : .....
Formation prise en charge par l'établissement : <input type="checkbox"/>	à titre individuel : <input type="checkbox"/>

Pour valider votre inscription, renvoyer ce bulletin accompagné d'un chèque de

**150 €uros**

à l'ordre du

**Trésorier Principal de Saint-Egrève**

Bulletin à retourner avec votre règlement à  
**Institut de Formation en Soins Infirmiers**  
Département de Formation Continue  
CS 20100  
38521 SAINT EGREVE CEDEX