



BULLETIN D'INSCRIPTION

INSCRIPTION INDIVIDUELLE

INTITULE FORMATION :

DATES de la FORMATION :

MONTANT de la FORMATION :

Le règlement de la formation se fait par chèque à l'ordre du Trésorier Principal de Saint-Egrève

NOM - Prénom :

Adresse :

CP / VILLE :

Téléphone :

Mail :

Fonction :

Bulletin à retourner, accompagné de votre règlement à :

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