



# 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