



# BULLETIN D'INSCRIPTION

## Inscription Individuelle

**Intitulé de la 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*

**Prénom—Nom :**

**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**