Formation financée par la Région Pays de la Loire

INSTITUT DE FORMATIONS PARAMEDICALES IFSI/IFAS
N° de déclaration d'activité 52 44 04316 44 - N° SIRET 264 400 268 00019
21 chemin des Infirmières – 44600 ST NAZAIRE ☎ **02.40.70.08.11.** 🖷 **02.40.70.82.66**
secretariat.ifsi@ch-saintnazaire.fr **secretariat.ifas@ch-saintnazaire.fr** **site WEB** www.hopital-saintnazaire.fr

FICHE d'INSCRIPTION
L'encadrement des stages des étudiants en formation infirmière
LE TUTORAT

A retourner au secrétariat de l'Institut de Formations Paramédicales(*)
POUR LE 1ER FEVRIER 2019 AU + TARD

NOM – Prénom : ……..……

Nom de naissance (si différent du nom) : ……...

Date de Naissance : ……..

Profession : ……...

Mode d'exercice : ☐ Salarié ☐ Libéral

N° RPPS : ……..…… ou N° ADELI : ……

ADRESSE PROFESSIONNELLE

SERVICE : ……..……..

ETABLISSEMENT : ……..…….
……...

TEL SERVICE : …… NOM du CADRE : ……..

DATES (2 x 2 jours)	
7 et 8 mars 2019	23 et 24 mai 2019

PRISE en CHARGE par l'ÉTABLISSEMENT

☐ **SI Centre Hospitalier St Nazaire**
(*) Fiche à retourner au service Formation Continue pour accord préalable

☐ Autre établissement ☐ Public ☐ Privé (cocher la case correspondante)

☐ L'établissement déclare prendre en charge cette formation.
Adresse de facturation :
……..

Fait à : Date et Signature :