

## INSTITUT DE FORMATIONS EN SOINS INFIRMIERS ET AIDES-SOIGNANTS

N° de déclaration d'activité 52 44 04316 44

21 chemin des Infirmières – 44600 ST NAZAIRE ☎02.40.70.08.11 📠 . 02.40.70.82.66

✉ [secretariat.ifsi@ch-saintnazaire.fr](mailto:secretariat.ifsi@ch-saintnazaire.fr) ✉ [secretariat.ifas@ch-saintnazaire.fr](mailto:secretariat.ifas@ch-saintnazaire.fr)

### FICHE d'INSCRIPTION

### FORMATION SOUHAITEE

Intitulé de la formation

Dates

### PARTICIPANT (une fiche par participant)

#### **Participant :**

Nom

Nom de naissance

Prénom

Adresse e-mail

Fonction

Service

#### **Cadre :**

Nom/ Prénom du cadre

Téléphone

Adresse e-mail

### DECLARATION de PRISE en CHARGE de la FORMATION par l'EMPLOYEUR \*

Nom ou raison sociale

Adresse complète

Téléphone

Adresse e-mail

Personne habilitée à signer la convention :

Nom – prénom

Fonction

Adresse complète

Date

Signature et cachet de l'établissement

*\* Pour le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire,  
Inscription à adresser au service RH - Formation Continue pour accord préalable*