



Pôle Formation continue
FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

Mail : ifsi@ch-tulle.fr

Courrier : IFSI - 18 rue du 9 juin 1944 - BP 117 - 19000 TULLE

Formation choisie

Intitulé de la formation :

Date(s) souhaitée(s):

Vos Coordonnées

Mme, M. : Nom de naissance :

Né(e) le : Ville de naissance et N° département :

(Joindre une copie de la pièce d'identité en cours de validité-obligatoire)

N° ADELI : *(Si formation tutorat infirmier, joindre copie du diplôme d'état)*

N° Tel fixe : N° Tél Portable :

Adresse personnelle :

.....

Adresse mail (**Obligatoire**) :

- Statut :
- Fonctionnaire titulaire
 - Fonctionnaire stagiaire
 - Contractuel fonction publique
 - Autre (préciser)

Etablissement d'exercice et service :

Adresse de l'établissement

.....

.....

Conditions de prise en charge des frais de formation :

Je m'engage à régler moi-même le montant de la formation sur présentation d'une facture

Je demande une prise en charge de la formation à l'organisme ou à l'entreprise désignée ci-dessous (destinataire de la convention de formation) :

NOM :

ADRESSE :

Code postal - Ville :

PERSONNE SIGNATAIRE DE LA CONVENTION :

Pour toute information complémentaire appeler le secrétariat de l'Institut : 05.87.49.33.31