

BULLETIN D'INSCRIPTION FORMATION CONTINUE

A retourner obligatoirement à l'organisme de formation animant la formation choisie

Attention : pour qu'une formation soit prise en compte, il est impératif de remplir ce bulletin. Toutes les rubriques doivent être renseignées, Le bulletin doit être adressé pendant la période d'inscription à la formation spécifiée dans le programme.



IFSI D'AMBILLY/ANNEMASSE	CENTRE HOSPITALIER ALPES LEMAN
11 Rue de la fraternité, 74100 Ambilly 04 50 82 32 40 ifsi@ch-alpes-leman.fr	558 ROUTE DE FINDROL, 74130 Contamine sur Arve 04 50 82 24 32 – 04 50 82 24 - 83 sfaija@ch-alpes-leman.fr

FORMATION DEMANDEE

Intitulé : Date :




Lieu : IFSI Ambilly CH Contamine sur Arve CH Sallanches CH Thonon les Bains
 Prise en charge financière de la formation : Fonds propres Employeur OPCO Autre :


IDENTIFICATION DU STAGIAIRE (si prise en charge individuelle)

Nom : Prénom :
 Métier : Adresse  :
 Code postal : Ville : Téléphone  :
 Mail individuel (obligatoire) : 

 Si des besoins d'aménagement particuliers liés à un handicap sont nécessaires, nous vous invitons à cocher cette case.
 Vous serez contacté par un référent handicap afin d'envisager les aménagements nécessaires.




IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR (si prise en charge employeur)

Raison sociale :
 Adresse  : Code postal : Ville :
 N° SIRET 14 chiffres : N° TVA INTERCOMMUNAUTAIRE :
 Nom prénom du signataire de la convention : Fonction :
 Nom prénom de la personne en charge du dossier :
 Téléphone  : Mail (obligatoire) : 
 Employeur public Employeur privé

Nom	Prénom	Téléphone	Mail	Métier	 *
		@		<input type="radio"/>
		@		<input type="radio"/>
		@		<input type="radio"/>
		@		<input type="radio"/>

Si des besoins d'aménagement particuliers liés à un handicap sont nécessaires, nous vous invitons à cocher cette case.
 Vous serez contacté par un référent handicap afin d'envisager les aménagements nécessaires.

IDENTIFICATION DU FINANCEUR (si prise en charge par l'employeur ou autre organisme)

Raison sociale :
 Adresse  : Code postal : Ville :
 Personne à contacter : Téléphone  :
 Mail (obligatoire) :  Code CHORUS :

Date Cachet et signature de l'employeur le cas échéant