

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 DE THONON LES BAINS	IFAS DE SALLANCHES	IFSI D'AMBILLY/ANNEMASSE
3 Avenue de la Dame , 74203 Thonon les Bains 04 50 83 24 70 ifisi-sec@ch-hopitauxduleman.fr	380 Rue de l'hôpital, 74700 Sallanches 0457272044 ifas@ch-sallanches-chamonix.fr	11 Rue de la fraternité, 74100 Ambilly 04 50 82 32 40 ifsi@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 LE 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
------	---