**ATTESTATION de PRISE en CHARGE FINANCIÈRE**

**CYCLE PRÉPARATOIRE**

**aux ÉPREUVES de SÉLECTION d’ENTRÉE  
2019 – 2020**

**INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ**

**DU CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE NANCY**

Je soussigné,

**Directeur de l’Établissement** **employeur du stagiaire** :

**Etablissement :**

**Adresse :**

**Code postal : Ville :**

**certifie la prise en charge financière** **de l’agent** :

**NOM** :

**Prénom** :

Le coût de cette formation est fixé à **1800 €** pour 20 journées de formation selon les échéances suivantes : 900 € au 31/12/2019 et 900 € en fin de cycle.

La formation se déroule à la **Tour Marcel Brot - 1 Rue Joseph Cugnot - NANCY**

Fait à : ………………………………… Le : …………………….

**Signature :**

**En cas d’autofinancement**

**Adresse du destinataire de la facture** :

**NOM :** ...………………………………………………………………………………...............

Prénom : …………………………………………………………………………………………

Code postal : ……………………… Ville : ……………………………………………………

Tél : .……………………………… Fax : …………………………...………………….……..

E-mail : ………………………………………………………………………………………….

Fait à : ………………………………… Le : ……………………

**Signature du financeur** :

SECRÉTARIAT: 03 83 92 51 46 – 03 83 92 53 11  
FAX: 03 83 92 68 59  
[COURRIEL: ifcs@cpn-laxou.com](ftp://COURRIEL:_ifcs@cpn-laxou.com)   
Siret: 265 400 119 00573 APE 8532Z  
N° enregistrement : 4154P004854

**BULLETIN D’INSCRIPTION – CYCLE PRÉPARATOIRE 2019-2020**

A retourner à

**Centre Psychothérapique de Nancy**

**Institut Lorrain de Formation des Cadres de Santé**

**BP 11010**

**54521 LAXOU Cedex**

Coller une photo

🞎 Madame 🞎 Monsieur

**NOM** :

**Prénom**:

NOM de jeune fille :

Date de naissance :

**Coordonnées personnelles**

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. fixe : Portable :

Courriel personnel :

**Coordonnées Professionnelles**

Nom de l’établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

Courriel professionnel :

Service :

**Diplôme professionnel**

Intitulé : Date d’obtention :

**Fonction exercée :**

🞎 Faisant Fonction Cadre 🞎Faisant Fonction Formateur 🞎Autres : …….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Filière infirmière** | **Filière médico-technique** | **Filière rééducation** |
| 🞎 Infirmier  🞎 Infirmier anesthésiste  🞎 Infirmier bloc opératoire  🞎 Infirmière puéricultrice | 🞎 Manipulateur en électroradiologie médicale  🞎 Préparateur en Pharmacie hospitalière  🞎 Technicien de laboratoire médical | 🞎 Diététicien  🞎 Ergothérapeute  🞎 Masseur Kinésithérapeute  🞎 Psychomotricien |

**Lieu de formation : Tour Marcel Brot - 1 Rue Joseph Cugnot - NANCY**