ATTESTATION de PRISE en CHARGE FINANCIÈRE

CYCLE PRÉPARATOIRE
aux ÉPREUVES de SÉLECTION d'ENTRÉE
2016 - 2017
INSTITUT RÉGIONAL de FORMATION des CADRES de SANTÉ
du CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE de NANCY

Je soussigné,
Directeur de l'Établissement employeur du stagiaire :

certifie la prise en charge financière de :

Le coût de cette formation est fixé à **1600 €** pour 20 journées de formation selon leséchéances suivantes : 800 € au 31/12/2016 et 800 € en fin de cycle.

Fait à : …… Le : ……

Signature :

En cas d'autofinancement :

Adresse du destinataire de la facture :
NOM : ..…….....
……...
Code postal : …… Ville : ……
Tél : …… Fax : ……...……..……..
E-mail : ……

Fait à : …… Le : ……

Signature du financeur :

SECRÉTARIAT: 03 83 92 51 46
FAX: 03 83 92 68 59
COURRIEL: ifcs@cpn-laxou.com
Siret: 265 400 119 00284 APE 8610 Z

N° enregistrement : 415400003F1

BULLETIN D'INSCRIPTION – CYCLE PRÉPARATOIRE 2016-2017

A retourner à

Centre Psychothérapique de Nancy
Institut de Formation Régional des Cadres de Santé
1 Rue du Docteur Archambault
BP 11010
54521 LAXOU Cedex

Coller une photo

Madame, Mademoiselle, Monsieur

NOM : **P r é n o m** :

NOM de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Ville : Code postal :

Tél. fixe : Portable :

Courriel :

Adresse Professionnelle :

Ville : Code postal :

Service :

Diplôme professionnel :

Date d'obtention :

Fonction :

Filière infirmière ☐
Filière rééducation: ☐
Filière médico-technique: ☐

Précisez la profession exercée :