



BULLETIN D'INSCRIPTION
Infirmier en Pratique Avancée (IPA)...
...Concrétiser son projet de formation

Madame Monsieur

NOM : **Prénom** :

NOM de jeune fille :

Coordonnées personnelles

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. fixe : Portable :

Courriel personnel :

Coordonnées Professionnelles

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

Service :

Diplôme d'infirmier

Date d'obtention :

Présentez-vous une situation de handicap ? oui non

Si oui, demandez-vous un aménagement ? oui non

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





ATTESTATION de PRISE en CHARGE FINANCIÈRE
Infirmier en Pratique Avancée (IPA)...
...Concrétiser son projet de formation

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 **400 €** pour 3 journées de formation.

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

Fait à : Le :

Signature et cachet :

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 :

