



INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ

Centre Psychothérapique de Nancy

## 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 perso :

### 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 : Tour Marcel Brot - 1 Rue Joseph Cugnot – NANCY**





## ATTESTATION de PRISE en CHARGE FINANCIÈRE

### BULLETIN D'INSCRIPTION 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 500 € pour 3 journées de formation.

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 :

