

## FICHE D'INSCRIPTION

Document à retourner à : IFSI Centre Hospitalier de CHOLET, 1 rue Marengo 49325 CHOLET CEDEX  
Tel : 02 41 49 64 32. Courriel : [ifsi@ch-cholet.fr](mailto:ifsi@ch-cholet.fr)

STAGIAIRE	
Nom (en lettre d'imprimerie): .....	Prénom: .....
Nom de jeune fille:.....	Date de naissance:.....
Adresse personnelle:.....	☎ personnel:.....
.....	
Adresse professionnelle : .....	
☎ de la formation continue : .....	
.....	
<b>mail formation continue :</b> .....	
.....	
Ville:.....	Code postal: .....
Fonction actuelle:.....	Exercée depuis:.....
Service:.....	
Nom du supérieur hiérarchique:.....	☎: .....
Etablissement:	Privé <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> (cocher la case correspondante)

FORMATION
Intitulé : Formation Modulaire à destination des Agents Des Services Hospitaliers
Dates : Le 15/16 mars , 01/02 avril , 15/16 avril , 19/20/21 mai et 25 juin 2021

PRISE EN CHARGE	
<b>PAR L'ÉTABLISSEMENT</b>	
L'établissement s'engage à prendre en charge cette action de formation, après signature d'une convention.	
Adresse de facturation: .....	
.....	
.....	
.....	
A ....., le .....	
Signature et cachet de l'établissement.	

Les avis des sommes à payer sont valables pour l'ensemble de la formation choisie. Ces sommes demeurent acquises à l'IFSI du CH de Cholet en cas de désistement **moins de 15 jours avant le début de la formation** ou en cas d'abandon au cours de celle-ci.