



BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner à l'IFMS à l'adresse : ifms.administration@chu-nimes.fr

FORMATION SOUHAITEE

Intitulé de la formation

Lieux de la formation Nîmes Le Vigan

Date(s)

Coût €

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'ENSEIGNEMENT Employeur Personnelle Autres

STAGIAIRE

Titre de civilité Madame Monsieur

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance __/__/____ Lieu de naissance

Profession

Adresse mail

Adresse postale

Code postal Ville

Téléphone : __/__/__/__/__

Date d'obtention du diplôme d'État d'Aide-soignant : __/__/____

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Autofinancement : Paiement à l'inscription en joignant un chèque à l'ordre à l'ordre : Régie IFMS Centre de Formation du CHU de Nîmes.

Etablissement (à compléter uniquement si prise en charge « employeur ou autre »)

Public Privé

Nom de l'établissement

Nom du responsable de l'inscription

Adresse mail

Adresse de facturation

Code postal Ville

N° Siret de facturation N° Chorus (obligatoire)

Fait à le __/__/____

Signature du stagiaire

Signature de l'établissement



Nos locaux sont accessibles aux personnes en situation de handicap.
Si votre inscription nécessite une adaptation particulière, manifestez-vous afin que l'on puisse vous proposer une solution adaptée.

Contact : refhandicapformation@chu-nimes.fr

Nous contacter : CHU Nîmes

Rue du Professeur Henri Pujol, NIMES Cedex 9 - 04 66 68 53 00

N°SIRET : 263 000 036 00222 - Numéro de déclaration d'activité 9130PO48430 - Formation continue / Certifié Qualiopi