



BULLETIN D'INSCRIPTION

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

FORMATION SOUHAITEE

Intitulé de la formation : Formation Préparatoire à la sélection 2027 – Ecole infirmier anesthésiste CHU Nîmes
Lieux de la formation : Nîmes ☒
Dates (8 jours de formation) : 26 et 27 novembre 2026, 21 et 22 janvier 2027, 25 et 26 février 2027 et les 01 et 02 avril 2027 (à confirmer pour ces deux dates)
Coût : 990 €

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'ENSEIGNEMENT : Employeur ☐ Individuel ☐

STAGIAIRE

Titre de civilité : Madame ☐ Monsieur ☐
Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : __/__/____ Lieu de naissance :
Profession :
Adresse mail :@..... Téléphone : __/__/__/__/____
Adresse postale :
Code postal : Ville :

Date d'obtention du diplôme d'État : __/__/____ (jour, mois, année)

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

☐ **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 :@..... Téléphone : __/__/__/__/____
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