



BULLETIN D'INSCRIPTION

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

FORMATION SOUHAITEE

Intitulé de la formation Formation complémentaire de 04h00 pour les mesures transitoires (MT3)
Lieux de la formation Nîmes ☒
Date(s) ☐ 2/12/2026 de 13h30 à 17h30 ☐ 05/01/2027 de 13h30 à 17h30
☐ 09/12/2026 de 13h30 à 17h30
Coût ☐ Prix CHU / Etablissements GHT : 170 € ☐ Autres établissements : 340€

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'ENSEIGNEMENT Employeur ☒

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)

Documents à fournir obligatoirement lors de l'inscription (tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte) :

- Une copie du DE infirmier
- Une copie de la carte ordinale ou une attestation d'inscription à l'Ordre Infirmier
- Une copie de l'autorisation temporaire délivrée par la DRDJSCS
- Une copie de la carte d'identité

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

☒ Etablissement ☐ 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

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