



Fiche d'inscription

SOINS A LA PERSONNE AGEE

DATES FORMATION :

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Vos coordonnées personnelles :

Téléphone :

Mail :

SITUATION PROFESSIONNELLE

- **Votre établissement**

Nom :

Adresse :

.....

- **Poste occupé :** **Depuis le :**

Année d'obtention du diplôme :

- **Vos coordonnées professionnelles :**

Téléphone :

Mail :

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

- A titre individuel OUI NON

- Au titre de la formation continue OUI NON

- Nom et coordonnées de la personne à qui envoyer convention et facture (pour les personnes extérieures aux Hôpitaux Paris Saint-Joseph et Marie-Lannelongue)

.....

.....

INSCRIPTION

Merci de transmettre cette fiche d'inscription à Camélia CHOUIITY – IFSI Hôpitaux Saint-Joseph et Marie-Lannelongue – 185 rue Raymond Losserand – 75014 PARIS ou par mail cchouity@ghpsj.fr ou sifsi@ghpsj.fr