



FICHE D'INSCRIPTION VAE IBODE

NOM : NOM D'USAGE : PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE FIXE : PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Date d'obtention du Diplôme d'Etat infirmier :

Autres diplômes obtenus (libellé et date) :

N° ADELI :

EMPLOI OCCUPÉ ACTUELLEMENT :

EMPLOYEUR :

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR:

VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL

Dates (du...au...)	Durée	Emploi	Structure		Adresse de la Structure

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Au titre de la formation continue (*employeur*): OUI NON

Au titre du CPF (Compte Personnel de formation) : OUI NON

Coordonnées de la personne ou de l'établissement où seront envoyés devis, factures et conventions :
.....
.....

Date :

SIGNATURE ET CACHET DE L'EMPLOYEUR :

Date :

SIGNATURE DU STAGIAIRE