

DEMANDE D'INSCRIPTION - Année de formation 2017/2018

L'inscription ne sera définitive qu'à réception de l'engagement de prise en charge du coût de la formation de votre employeur ou de vous-même et de la convention signée entre votre employeur ou vous-même et l'IFSI.

INTITULE de la formation : VAE module facultatif de 70 heures

Date(s) :¹

- SESSION 2017 20 novembre 2017 au 1^{er} décembre 2017
 SESSION 2018 05 au 16 novembre 2018

Lieu : IFSI/IFAS du Centre Hospitalier René-Dubos de Pontoise

✓ **Inscription :**

NOM et Prénom :

Date de naissance : . . / . . /

Fonction exercée :

Adresse personnelle : Téléphone : E.mail :	Adresse professionnelle : Téléphone : E.mail :
---	---

✓ **Mode de financement² :**

- Individuel Employeur

NOM de l'établissement :

Adresse :
.

Destinataire de la convention :

Téléphone : E.mail :

A réception de votre demande d'inscription, une convention de formation vous sera adressée pour signature.

Fait le : à : Signature :

Document à retourner à : IFSI/IFAS du Centre Hospitalier René-Dubos de Pontoise
3 bis, Avenue de l'Ile-de-France - CS 900 79 Pontoise
95303 CERGY-PONTOISE CEDEX

contactifsiiifas@ch-pontoise.fr

¹ Cochez la session choisie
² Cocher la case correspondante