

## 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) :<sup>1</sup>

- SESSION 2017 20 novembre 2017 au 1<sup>er</sup> 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 : . . . . .

<b>Adresse personnelle :</b>   <b>Téléphone :</b>  <b>E.mail :</b>	<b>Adresse professionnelle :</b>   <b>Téléphone :</b>  <b>E.mail :</b>
---	---

✓ **Mode de financement<sup>2</sup> :**

- 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'Île-de-France - CS 900 79 Pontoise  
95303 CERGY-PONTOISE CEDEX

[contactifsiiifas@ch-pontoise.fr](mailto:contactifsiiifas@ch-pontoise.fr)

<sup>1</sup> Cochez la session choisie  
<sup>2</sup> Cocher la case correspondante