

Fiche d'inscription Formation continue

Merci de compléter et de retourner ce bulletin, avant la date de clôture d'inscription, à :
Secrétariat Formation Continue
Institut de Formation des Professionnels de Santé
Pôle de Formations Sanitaires et Sociales
7 rue des Montagnes – B.P. 20935 - 56109 Lorient Cedex

Nom		Nom de jeune fille	
Prénom			
Date de naissance		Lieu de naissance	
Adresse			
Code postal		Ville	
Téléphone fixe		Téléphone portable	
Email			

Situation actuelle

Cocher la case correspondant à votre situation

<input type="checkbox"/>	Etudiant		
<input type="checkbox"/>	Salarié	Etablissement	Responsable
<input type="checkbox"/>	Recherche d'emploi		

Demande d'inscription à la formation de

--

Indiquez le nom complet de la formation à laquelle vous souhaitez vous inscrire

Date(s) de formation

--

Référez-vous au calendrier de formation pour connaître les dates disponibles

Date de signature