

BULLETIN D'INSCRIPTION FORMATION CONTINUE

A retourner obligatoirement à l'organisme de formation animant la formation choisie

Attention : pour qu'une formation soit prise en compte, il est impératif de remplir ce bulletin. Toutes les rubriques doivent être renseignées, Le bulletin doit être adressé pendant la période d'inscription à la formation spécifiée dans le programme.

CENTRE HOSPITALIER ALPES LEMAN	IFPS D'AMBILLY/ANNEMASSE
558 ROUTE DE FINDROL, 74130 Contamine sur Arve 04 50 82 24 32 – 04 50 82 24 -83 sfaija@ch-alpes-leman.fr	5 Cours Gisèle Halimi, 74100 Ambilly 04 85 73 67 00 ifsi@ch-alpes-leman.fr

FORMATION DEMANDEE

Intitulé : Date :


Lieu : IFSI Ambilly CH Contamine sur Arve CH Sallanches CH Thonon les Bains

Prise en charge financière de la formation : Fonds propres Employeur OPCO Autre :

IDENTIFICATION DU STAGIAIRE (si inscription individuelle)

Nom : Prénom :

Métier : Adresse  :

Code postal : Ville : Téléphone  :

Mail individuel (obligatoire) : @

 Si des besoins d'aménagement particuliers liés à un handicap sont nécessaires, nous vous invitons à cocher cette case.
Vous serez contacté par un référent handicap afin d'envisager les aménagements nécessaires.

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR (si prise en charge employeur)


Raison sociale :

Adresse  : Code postal : Ville :


N° SIRET 14 chiffres : N° TVA INTERCOMMUNAUTAIRE :

Nom prénom du signataire de la convention : Fonction :

Nom prénom de la personne en charge du dossier :

Téléphone  : Mail (obligatoire) : @

Employeur public Code CHORUS : Employeur privé

Nom	Prénom	Téléphone	Mail	Métier	 *
		@		<input type="radio"/>
		@		<input type="radio"/>
		@		<input type="radio"/>
		@		<input type="radio"/>

Si des besoins d'aménagement particuliers liés à un handicap sont nécessaires, nous vous invitons à cocher cette case.
Vous serez contacté par un référent handicap afin d'envisager les aménagements nécessaires.

IDENTIFICATION DU FINANCEUR (si prise en charge par un autre organisme)

Raison sociale :

Adresse  : Code postal : Ville :

Personne à contacter : Téléphone  :

Mail (obligatoire) : @ Code CHORUS :

Date	Cachet et signature de l'employeur le cas échéant
------	---