

Bulletin d'inscription à retourner à  
**Camille MARGAUX**  
Département des Instituts de Formation  
50, Rte de St-Sébastien - 44093 NANTES CEDEX 1  
Mail : *BP-FC-IFSI@chu-nantes.fr*

**REFERENTIEL DE FORMATION INFIRMIER :  
TUTORAT, RÔLE ET MISSIONS DES ACTEURS**

Nombre de participants limités à : 15  
Dates limite d'inscription : Le 8 avril 2019

DATE DE LA FORMATION : LE 15 ET 16 MAI 2019

**BULLETIN D'INSCRIPTION**

**TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES**

**Coût de la formation :**

**300 Euros par personne pour les 2 jours de formation**

NOM : ..... Prénom : .....

Profession : ..... Date de naissance : .....

Adresse complète : .....

Code postal : ..... VILLE : .....

☎ personnel : ..... portable : ..... ☎ professionnel .....

mail : .....

**N° ADELI obligatoire :**

Nom de Employeur: .....

Adresse de l'Employeur : .....

Code postal : ..... VILLE : .....

☎ employeur : .....

Accord de l'employeur : ..... **OUI** - **NON** (*rayez la mention inutile*)

Si OUI, une convention en double exemplaire sera adressée directement à votre employeur

S'agit-il d'un financement personnel : **OUI** - **NON** (*rayez la mention inutile*)

Si OUI, une convention en double exemplaire vous sera adressée personnellement.

Date :

Signature :