

Formation

Intitulé de la formation : **1 000 premiers jours de la vie**

Lieu : **CHU de Nantes - site plateau des écoles, 50 route de St Sébastien 44093 NANTES**

Prix : **Etablissement GHT 44 : 200 €**

Date : : ☐ 2 juin 2026

Etablissement Hors GHT 44 : 250 €

☐ 17 novembre 2026

Participant

Nom : Prénom :
Date de naissance : Service :
Code Sésame : N° RPPS :
N° ADELI : SIRET :
Adresse :
N° de téléphone : Courriel :
Service d'exercice :
Mode d'exercice principal : ☐ Libéral ☐ Salarié d'un centre de santé conventionné
☐ Auto salarié ☐ Mixte

Coordonnées employeur

Nom de l'employeur : N° SIRET :
Adresse :
CP : Ville :
Email : Téléphone :
Nom de la personne en charge des départs en formation :
Adresse mail :

Prise en charge de la formation

☐ Financement personnel Vous recevrez une facture à l'issue de la formation (avis de somme à payer)
☐ Par l'employeur Joindre une attestation de prise en charge :
Une convention sera adressée à votre employeur, et la facture lui sera adressée à
terme échu de la formation
☐ Autre, précisez :

Fait à : Le :
Signature du stagiaire : Signature et cachet de l'employeur :

Votre contact

Nom : Institut de Formation des Infirmiers Spécialisés (IFIS)
Courrier : IFIS - Formation continue, 50, route de Saint-Sébastien 44093 Nantes cedex
Téléphone : 02 40 84 68 52 Courriel : bp-fc-ifis@chu-nantes.fr