

## Formation

Intitulé de la formation : **Actualisation des connaissances des IDE et AS exerçant en salle de surveillance post-interventionnelle**

Lieu : **IFIS - CHU de Nantes - site plateau des écoles (50 route de St Sébastien)**

Prix : **Etablissement GHT 44 : 900€**

Dates: ☐ 03-04-05 juin

**Etablissement Hors GHT 44 : 1000€**

☐ 18-19-20 novembre

## 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 Une facture vous sera adressée à terme échu de la formation par la Trésorerie du CHU de Nantes
- ☐ 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 79

Courriel : [bp-fc-ifis@chu-nantes.fr](mailto:bp-fc-ifis@chu-nantes.fr)