

## Formation

Intitulé de la formation : **VAE IBODE –Compétence 3**

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

Prix : **Etablissement GHT 44 : 1050€**

Date formation : ☐ 11 au 21 mai 2026

**Etablissement Hors GHT 44 : 1200€**

☐ 05 au 13 octobre 2026

## Participant

Nom naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Service : .....

Code Sésame : .....

N° RPPS -obligatoire : .....

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

**Joindre l'attestation de recevabilité de Nantes Université**

## 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

Un contrat vous sera envoyé et la facture vous sera adressée à terme échu de la formation

☐ 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 – FC - 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)