

**FICHE D'INSCRIPTION FORMATION TUTEUR :
MODULE COMPLEMENTAIRE
L'entretien d'explicitation : outil d'accompagnement réflexif**

NOM :
NOM DE NAISSANCE :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

NUMERO RPPS ou ADELI (a remplir si le professionnel est enregistré au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ou au répertoire ADELI (arrêté du 27 mai 1998 – JO du 17/06/1998)

SITUATION PROFESSIONNELLE :

- Fonction :
- Année d'obtention du DEI :
- Vos coordonnées professionnelles : Tel :
Mail :

Dates de formation :

- Le mardi 9 décembre 2014
- Le lundi 1^{er} juin 2015

Votre établissement :

- Nom :
- Adresse:
- Facture et convention a adresser à :
- Tel :
- Fax :
- Mail :

Prise en charge financière :

- A titre individuel OUI NON
- Au titre de la formation continue OUI NON

**A RETOURNER A : IFSI PARIS SAINT-JOSEPH – Me Isabelle BISUTTI
185 rue Raymond. LOSSERAND – 75674 PARIS**