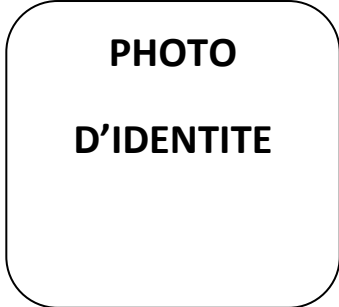




Groupe hospitalier  
Paris Saint-Joseph



A retourner à :

**IFSI Paris Saint-Joseph**

**185 rue Raymond Losserand**

**75674 PARIS cedex 14**

**Préparation Concours IDE – Liste 1**

**Session intensive Tests d'aptitude**

## **FICHE D'INSCRIPTION**

*Merci d'écrire en caractère d'IMPRIMERIE*

**NOM DE JEUNE FILLE :** .....

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** .....

**ADRESSE :** .....

.....

**TEL DOM :** ..... **PORTABLE :** .....

**MAIL :** .....

### **SCOLARITE**

**DERNIERE CLASSE SUIVIE :** .....

**DIPLOME(S) OBTENU(S):**.....

### **SITUATION PROFESSIONNELLE**

**EMPLOI OCCUPE ACTUELLEMENT :** .....

**LIEU DE TRAVAIL :** .....

**ADRESSE :** .....

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

A TITRE INDIVIDUEL OUI ( ) NON ( )

AU TITRE DE LA FORMATION CONTINUE OUI ( ) NON ( )

*Toute demande d'annulation doit être faite à l'IFSI, 15 jours avant la date d'ouverture du stage. Les absences constatées à l'ouverture du stage, sans que l'organisme formateur n'en ait été prévenu dans les délais mentionnés ci-dessus, donnent lieu à facturation de 50% des frais de participation. Toute formation commencée est due dans son intégralité.*

*L'organisme de formation s'octroie le droit d'annuler la formation (15 jours avant son début) si le nombre de participants est insuffisant*

**FACTURE ET CONVENTION A ADRESSER A (au titre de la formation continue) :**

.....  
.....  
.....

**Date**

**Date**

**SIGNATURE ET CACHET DE L'EMPLOYEUR**

**Signature du stagiaire**