



BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation :

Date :

Lieu : IFSI de Thonon-les-Bains

Stagiaire : NOM :Prénom :

Mail personnel :

Profession :

Service de travail :

Employeur :

Siret employeur :

N° CHORUS PRO employeur :

Adresse de l'employeur :

.....

Quelles sont les attentes de l'employeur par rapport à cette formation :

.....

.....

Nom du responsable signataire de la convention de formation :

Adresse d'envoi des documents (convention, convocation, ...) :

.....

.....

Nom de l'organisme financeur si différent de l'employeur :

Les stagiaires porteurs de handicap sont invités à en informer le secrétariat de l'IFSI au 04 50 83 24 70 afin de permettre leur accueil dans les meilleures conditions.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'employeur :

- A retourner à ifsi-sec@ch-hopitauxduleman.fr
- Si Personnel Hôpitaux du Léman : à retourner également à Mme FROSSARD au service formation de l'hôpital.

Les informations recueillies sont destinées à gérer le dossier de formation dans notre Institut. Elles ne seront pas transmises à des tiers et ne seront utilisées que dans le cadre de votre formation dans notre Institut IFSI/IFAS des Hôpitaux du Léman.