

Fiche d'inscription

(A retourner à l'IFSA)

INTITULE DE LA FORMATION : Tutorat des étudiants en soins infirmiers

DATE : 6 et 7 mars 2025 et 24 et 25 avril 2025

NOM : PRENOM :

NOM D'USAGE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

TELEPHONE : PORTABLE :

EMAIL :

ADRESSE PERSONNELLE :

.....

CODE POSTAL : VILLE :

FONCTION :

LIEU D'EXERCICE :

PRISE EN CHARGE : ☐ INDIVIDUELLE ☐ FORMATION CONTINUE

ADRESSE DE LA FACTURATION :

.....

Besoins et attentes de la formation

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

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

Date : A :

SIGNATURE :

