**MESURES TRANSITOIRES**

Formation complémentaire 21H

Ecole IBODE CHU ROUEN

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION**

**Session 2021**

**Nom de naissance**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Nom marital** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………......................................

**Prénom** : …………………………………………………………………………………………………………………………………………........................................

**Date et lieu de naissance** : ………………………………………………………………………………………………………………........................................

**Adresse personnelle** : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Téléphone** : ..................................................................................................................................................................................

**Mail personnel**: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Date d’obtention du D.E.I.:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Etablissement et lieu d’exercice** : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Prise en charge financière par établissement d’origine : OUI □ (Joindre un justificatif de prise en charge)

NON □

**Session** : 13, 14 et 15 Octobre 2021

Documents obligatoires pour l’inscription :

* Copie du Diplôme d’Infirmier
* Formulaire d’inscription
* Copie de l’attestation provisoire d’exercer les actes de l’article R.4311-11-1-b

A renvoyer à : **Secrétariat Ecole d’IBODE**

ERPFS

14 rue du Pr Stewart

76042 ROUEN

Ou par mail anne.bunel@chu-rouen.fr

Fait à : ……………………………………………………………… le :……………………………………………………………………………

Signature