**MESURES TRANSITOIRES**

Formation complémentaire 21H

Ecole IBODE CHU ROUEN

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION SESSIONS 2023**

**⃝ SESSION N°1 : 5, 6 et 7 Février 2024**

**⃝ SESSION N°2 : 23, 24 et 25 Septembre 2024**

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

**Coût**: 1 000 €

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

NON □

**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