

# BULLETIN D'INSCRIPTION

## 2024

ADRESSER UNE COPIE À :  
ecoleiade.chips@ght-yvelinesnord.fr

ou INSCRIVEZ-VOUS EN LIGNE SUR :  
www.ghyvelinesnord.fr/instituts-de-formation/formation-continue  
onglet IADE

N° de déclaration d'activité :  
11 78 P00 45 78



CERTIFICATION QUALITÉ DÉLIVRÉE AU TITRE DE  
LA CATÉGORIE « ACTION DE FORMATION »



UFR Simone Veil - Santé  
CAMPUS DE SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

## FORMATION

Intitulé : \_\_\_\_\_

Dates : \_\_\_\_\_

Référence : **04.36.** \_\_\_\_\_ Pour "préparation concours" :  en présentiel  à distance

## PARTICIPANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Diplômes professionnels (et année d'obtention) : \_\_\_\_\_

Fonction :  IDE  IADE  cadre IDE  cadre IADE  Sage-femme  IBODE  MAR  Aide-soignant

Cadre dans lequel s'inscrit la formation :  Plan de formation  Autre

Service : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**E-mail du participant (OBLIGATOIRE) :** \_\_\_\_\_

## ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR ou adresse personnelle si inscription individuelle

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal / Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE DE FORMATION

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse de convocation de l'agent (si différente) : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation (si différente) : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Accord du Directeur de l'établissement pour la prise  
en charge financière au titre de la formation continue  
Date, signature et cachet de l'établissement

Prise en charge financière individuelle  
Date et signature de l'intéressé