

## FICHE D'INSCRIPTION

### Formation d'Adaptation à l'Emploi INFIRMIER SMUR

#### PARTIE A REMPLIR PAR LE CANDIDAT

Nom d'usage : ..... Nom de famille : .....

Prénom : ..... Tél : .....

Courriel : .....@.....

Adresse : .....

Commune : ..... Code postal : .....

Module : Infirmier en TIH et Infirmier Précurseur

#### PRISE EN CHARGE FINANCIERE

##### Prise en charge professionnelle

RAISON SOCIALE : .....

ADRESSE ADMINISTRATIVE : .....

N° SIRET : ..... N° FINESS : .....

NOM DU DIRECTEUR GENERAL : .....

##### Coordonnées du service de formation Continue :

###### PERSONNE A CONTACTER :

Nom – Prénom : ..... Fonction : .....

Tél : ..... Courriel : .....

Accord de prise en charge financière : Favorable  Défavorable

Nom : .....

Date, signature & cachet :