



Siret : 268 718 707 000 30

**FICHE D'INSCRIPTION
FORMATION CONTINUE**

Etablissement :

Adresse :
.....

Nom : Prénom :

Statut : Service :

Téléphone :/...../..... Email :@.....

Souhaite participer à la session de formation:

Organisme formateur : **IFAS – CHJB ST-YRIEIX-LA-PERCHE**

Date :/...../.....

Signature du candidat

Signature du responsable et
cachet de l'établissement

A retourner avant le à :

INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS
Centre Hospitalier Jacques Boutard
60 Place de la Nation
87500 ST-YRIEIX-LA-PERCHE

Site : www.chjb.fr

Téléphone : 05.55.75.75.82

mail : eas@ch-st-yrieix.fr