

FICHE d'INSCRIPTION

FORMATION « Prevention des Evènements Graves liés aux Soins »
IFSI C.H.I.C.A.S. - SITE DE GAP - 05007 GAP CEDEX

PHOTO

NOM _____ PRENOM _____
NOM MARITAL _____ DATE DE NAISSANCE _____
LIEU _____ TELEPHONE PORTABLE ____/____/____/____/____/____
N°S.S. ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

ADRESSE PERSONNELLE :

TELEPHONE DOMICILE ____/____/____/____/____/____

E MAIL _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT _____

TELEPHONE ____/____/____/____/____/____

Date d'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier :

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES :

-

SESSION DE FORMATION Evénements Indésirables CHOISIE (dates) :

COORDONNEES DE L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE

NOM :

ADRESSE :

Téléphone et mail du responsable Formation Continue:

Je déclare sur l'honneur que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts ET M'ENGAGE A SIGNALER RAPIDEMENT AU SECRETARIAT DE L'I.F.S.I. DE GAP, tout changement.

- Fait à _____ Le ____/____/____

Signature :

Institut de Formation en Soins Infirmiers de GAP
IUT
2, Rue Bayard
05000 GAP
Adresse postale : BP 101 - 05007 GAP cedex
Tél. : 04 92 40 77 70
Fax : 04 92 53 84 85

Email : ifsi@chicas-gap.fr