|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Institut de Formation des Soins Infirmiers (IFSI)**  12 Boulevard Maréchal de Lattre de Tassigny  BP 77908 - 21079 DIJON Cedex  N° Déclaration d’activité : 26 21 P0023 21  N° SIRET : 262 100 076 00104 | cid:image001.png@01D06D23.49846240 |

****

***Etre Tuteur De Stage Paramédical***

**(Formation à destination des infirmiers)**

**Bulletin d’inscription**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom :…………………………………………………………………………… | | Prénom :………………………………………………………………………. |
| Adresse personnelle :……………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| ..................................................................................................................................................................................... | | |
| Tél. : ………………………………………………………………………….. | | E.mail : ………………………………………………………………………… |
| Fonction et service du stagiaire : ................. ................................... ................................... ................................... ...................... | | |
| Adresse professionnelle :………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| ..................................................................................................................................................................................... | | |
| .....................................................................................................................................................................................   * Tarif de la formation : **980€** par apprenant (déjeuner non compris) * Dates de session(s) souhaitée(s) (cf. plaquette d’information et site internet)   …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| **Mode de prise en charge**  □ Par l’employeur - Joindre un justificatif de prise en charge par l’employeur  □ Individuelle - Joindre une attestation d’autofinancement  ***Le coût de la formation sera à verser à Monsieur le Trésorier Principal***  ***du C.H.U de DIJON sur présentation d’un titre de recette*** | | |
| **Accessibilité** : demande particulière : ⧠ OUI  ⧠ NON  Pour les personnes en situation de handicap qui souhaiteraient en faire part à l’institut de formation, nous vous invitons à prendre contact avec un référent Handicap afin d’envisager les aménagements possibles pour suivre la formation dans les meilleures conditions possibles : [campusp.handicap@chu-dijon.fr](mailto:campusp.handicap@chu-dijon.fr)  Fait à …………………………………………………………………., Le ……………………………………………………………… | | |
| Signature : | | |
| ***Ce coupon est à retourner au moins un mois avant le début d’une session*** *(passé ce délai, nous consulter)****:*** | | | |
| * ***Par courrier :*** | ***Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne - Formation Continue***  ***A l’attention de Mme CHOUAL – Chargée de formation***  ***12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny – 21079 Dijon CEDEX*** | | |
| * ***ou par mail :*** | [***campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr***](mailto:campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr) | | |