

# MESURES TRANSITOIRES 2IH00

## FICHE D'INSCRIPTION

A RETOURNER PAR MAIL OU COURRIER

5, 6 et 7 Février 2024

23, 24 et 25 Septembre 2024

NOM - NOM MARITAL - PRENOM : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

N° TELEPHONE : .....

MAIL PERSONNEL : .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....

DATE D'OBTENTION DE VOTRE DEI : .....



EMPLOYEUR : ..... DEPUIS LE : .....

SERVICE : .....



TARIF 1000 €

PRISE EN CHARGE FINANCIERE PAR L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE  NON

OUI (joindre un justificatif de prise en charge)

### DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION

Copie du Diplôme d'Etat d'Infirmier

Formulaire d'inscription

Copie de l'attestation provisoire d'exercer les actes de l'article R.4311-11-1-b

### DOSSIER A ENVOYER

**COURRIER** : ERFPs - Secrétariat Ecole d'IBODE - 14 rue du Pr Stewart - 76042 ROUEN

**MAIL** : anne.bunel@chu-rouen.fr

Date et signature