



**Inscription en intra-établissement**

Coordonnées de l'établissement :

.....  
.....  
.....  
.....

---

**Inscription en inter-établissement**

Date de la session :

Du ..... Au .....

---

**Signataire de la convention**

Nom et adresse de l'établissement :

Nom et qualité du responsable :

Adresse e-mail :

Téléphone :

---

**Prise en charge de la formation**

Visa du service de formation continue de l'établissement (Cachet et signature), faute de quoi l'inscription ne sera pas prise en compte.

**N.B : Tout désistement à moins de 21 jours du début de la formation entraînera une facturation égale à 20% du prix de la session. Tout désistement non notifié avant le début de la formation entraînera la facturation de l'intégralité des frais de formation.**

*Date, signature et cachet du service de formation continue :*

---

**Bulletin d'inscription à renvoyer à :**

**Instituts de Formation en Soins Infirmiers et d'Aides-Soignants de Nevers**

A l'attention du secrétariat IFSI-IFAS  
15, rue du Donjon - 58000 NEVERS

Ou par e-mail : [chan.ifsifas@ght58.fr](mailto:chan.ifsifas@ght58.fr)

Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez contacter le secrétariat au : 03.86.71.84.20