



|                                               |
|-----------------------------------------------|
| <b>AUTORISATION DE DIFFUSION SUR INTERNET</b> |
|-----------------------------------------------|

**Objet** : diffusion de votre nom sur la liste des résultats de la sélection pour l'entrée en formation auxiliaire de puériculture sur notre site internet

Je soussigné(e)

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Autorise l'IFAP des hôpitaux Paris Saint Joseph & Marie-Lannelongue à diffuser les résultats de la sélection d'entrée en formation auxiliaire de puériculture session janvier 2027 sur le site : [www.fhsj.fr/campus-formation-sante/](http://www.fhsj.fr/campus-formation-sante/) :

OUI ☐

NON ☐

Date :

Signature :