



## Fiche d'inscription

### ADAPTATION A L'EMPLOI IBO

**DATES FORMATION :** .....

**Nom :** .....

**Nom de naissance :** .....

**Prénom :** .....

**Date et lieu de naissance :** .....

**Vos coordonnées personnelles :**

**Téléphone :** .....

**Mail :** .....

### SITUATION PROFESSIONNELLE

- **Votre établissement**

**Nom :** .....

**Adresse :** .....

.....

- **Poste occupé :** ..... **Depuis le :** .....

**Année d'obtention du diplôme :** .....

- **Vos coordonnées professionnelles :**

**Téléphone :** .....

**Mail :** .....

### PRISE EN CHARGE FINANCIERE

- A titre individuel OUI  NON

- Au titre de la formation continue OUI  NON

- Nom et coordonnées de la personne à qui envoyer convention et facture (pour les personnes extérieures aux Hôpitaux Paris Saint-Joseph et Marie-Lannelongue)

.....

.....

### INSCRIPTION

Merci de transmettre cette fiche d'inscription à Camélia CHOUIITY – IFSI Hôpitaux Saint-Joseph et Marie-Lannelongue – 185 rue Raymond Losserland – 75014 PARIS ou par mail [cchouity@ghpsj.fr](mailto:cchouity@ghpsj.fr) ou [sifsi@ghpsj.fr](mailto:sifsi@ghpsj.fr)