



IFAPS

Institut de Formation Aquitain pour les Professionnels de Santé



Bulletin d'inscription

Nom : Prénom :

Fonction :

Adresse et téléphone personnels :

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

Adresse de l'employeur :

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

Téléphone professionnel :

Intitulé de la Formation :

Dates :

Prise en charge individuelle:
Chèque à établir à l'ordre
du Trésor Public lors de
l'inscription

Prise en charge par
l'employeur:

Signature et cachet de l'établissement

Bulletin à retourner à :

***IFAPS
Centre Hospitalier Charles Perrens
121 rue de la Béchade
CS 81285
33076 BORDEAUX***