

► Fiche d'inscription



Ce bulletin d'inscription est également téléchargeable sur notre site web :
<https://ghnd.fr/ifps/>

L'Institut se réserve le droit d'annuler la formation si le nombre de participants est inférieur à 6.

INTITULÉ DE LA FORMATION :

.....

Numéro de la formation (noté en haut à gauche du programme) :

État civil :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Coordonnées :

Adresse personnelle :

.....
.....

Code Postal :

Ville :

Téléphone Portable :

.....

E-mail :

Etudes et diplômes :

Avez-vous des besoins spécifiques d'aménagement pour la formation ? :

.....

Salarié. Si oui, emploi actuel :

Demandeur d'emploi

Autre, précisez

** Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à ifps-formationcontinue@ghnd.fr.*

L'Institut de formation est engagé dans la démarche RGPD et met tout en œuvre pour respecter la confidentialité de vos données.

► Fiche d'inscription



Prise en charge de la formation :

- A titre individuel Par l'organisme

(Remplir la partie concernée ci-dessous)

Inscription par l'organisme :

Nom et adresse de l'organisme :
.....
.....

Je soussigné(e) :

Fonction :

Atteste que l'établissement prend en charge financièrement l'inscription de :

Nom du destinataire de la convention :

Nom et adresse de facturation :

Date :

Signature et cachet de l'établissement :

Inscription à titre individuel par le stagiaire :

Je soussigné(e) :

M'engage à prendre en charge financièrement mon inscription.

Date :

Signature :

Renseignements et inscriptions

Pôle Formation

04 69 15 76 60

ifps-formationcontinue@ghnd.fr

GHND
BOURGOIN-JALLIEU
Institut de Formation
aux Professions de Santé **IFPS**