

## FICHE D'INSCRIPTION COLLECTIVE

(A retourner complétée à l'adresse email suivante : secretariat.ifsi@chicmt.fr)

### FORMATION PRESENTATION AUX EPREUVES DE SELECTION D'ENTREE EN IFSI

S'adresser obligatoirement au service de la formation continue pour un agent d'un établissement sanitaire, social ou médico-social, public ou privé

Décrivez le besoin de formation des agents	Souhaitez-vous signaler des agents en situation de handicap nécessitant des aménagements pour la formation
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Lequel/lesquels : préciser

Nom et adresse de l'établissement :

.....  
.....

Personne à contacter si nécessaire :

.....

N° de téléphone : .....

Durée : 7 jours de formation

Dates : 26 Septembre 2024- 17 Octobre 2024 – 05 Novembre 2024 – 26 Novembre 2024 – 19 Décembre 2024 – 07 Janvier 2025 – 28 Janvier 2025

NOMS	PRENOMS	FONCTION	STATUT (agent public ou salarié d'établissement privé)

L'employeur atteste que les agents inscrits disposent des prérequis (3 ans de cotisation à un régime de protection sociale).

L'établissement ci-dessus s'engage à présenter le règlement intérieur de l'IFPS disponible sur le site Internet <https://www.chicmt.fr/wp-content/uploads/2023/10/REGLEMENT-INTERIEUR-2023-2024.pdf> au(x) stagiaire(s) et régler la totalité des frais de formation (**700 € par stagiaire net de taxe**) au Trésor Public du CHIC Marmande-Tonneins

Date : .....

Nom et Signature :

Cachet de l'établissement