



## FICHE D'INSCRIPTION

A retourner à :  
IFSI - Centre Hospitalier Jacques Lacarin  
BP 2757 - 03207 Vichy Cedex  
Contact : Secrétariat (04 70 97 33 31)

Etablissement :.....  
Responsable à contacter :.....  
Adresse de facturation :.....  
.....  
Code Postal :.....Ville :.....  
Tél :.....Fax :.....  
E-mail :.....

Demande de convention :  oui  non

Nombre de personnes inscrites : .....

Coût de la formation : .....pers x 1800 € TTC =

Nom et Prénom des participants	Dates choisies			
	Fonction	Session 1 (de nov. 2010 à fév. 2011)	Session 2 (de mars 2011 à Mai 2011)	Session 3 (de nov. 2011 à Fév. 2012)