

Bordereau d'inscription*
**Formation «Prise en charge de la douleur
en EHPAD et établissements médico sociaux»**

* 1 bordereau à compléter par personne + copie carte nationale d'identité recto / verso

Madame, Monsieur,

NOM : (en majuscule) **Prénom** :

Nom de naissance :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Profession : Service : Tél :

Adresse précise et complète de votre employeur :

Etablissement : privé public

.....
.....

Nom-Prénom et service de l'interlocuteur pour le suivi du dossier :

..... Code postal : Ville :

Tél : Mèl :

Si le signataire de la convention de formation est différent de l'employeur, veuillez en préciser les coordonnées (pour la prise en charge des frais de formation) :

Etablissement :

..... **Interlocuteur M./Mme** :

Code postal : Ville :

Tél : Mèl :

Souhaite participer à la formation « *Prise en charge de la douleur* » fixée **les 21, 22 novembre et 13 décembre 2024 à l'IFPS - LA ROCHE SUR YON**

Fait le

--	--	--

Cachet et signature