

Institut de Formation aux Métiers de la Santé du CHU de NIMES

Tél : 04.66.68.53.00

Mail : ifms.administration@chu-nimes.fr



FORMATION

PREPARATION AU CONCOURS IBODE

DOSSIER D'INSCRIPTION



L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS) du CHU de Nîmes organise une session de formation « Préparation au concours IBODE » destinée aux infirmiers et étudiants infirmiers de 3^{ème} année.

Calendrier :

Calendrier des 4 jours de formation	Horaires	Dates limites d'inscription
-12 et 13 décembre 2024 -06 et 07 mars 2025	8h00 à 12h30 et 13h30 à 17h00	04 décembre 2024
	8h00 à 12h30 et 13h30 à 17h00	

Les groupes seront constitués de 6 personnes minimum à 20 personnes maximum.

Les demandes d'inscription seront acceptées uniquement :

- **Si le dossier transmis est complet et envoyé dans les temps impartis selon les modalités ci-dessous**
- **Par ordre d'envoi du dossier complet**
- **Dans la limite des places disponibles**

Modalités d'inscription :

1. Ouverture des inscriptions : à partir du 9 octobre 2024
2. Clôture des inscriptions : le 4 décembre 2024
3. Imprimer et remplir le présent dossier et réunir les pièces demandées.
4. Retourner le dossier complet, par courrier recommandé avec accusé de réception (pas d'autre forme d'envoi) avant les dates limites ci-dessus (cachet de la poste faisant foi).

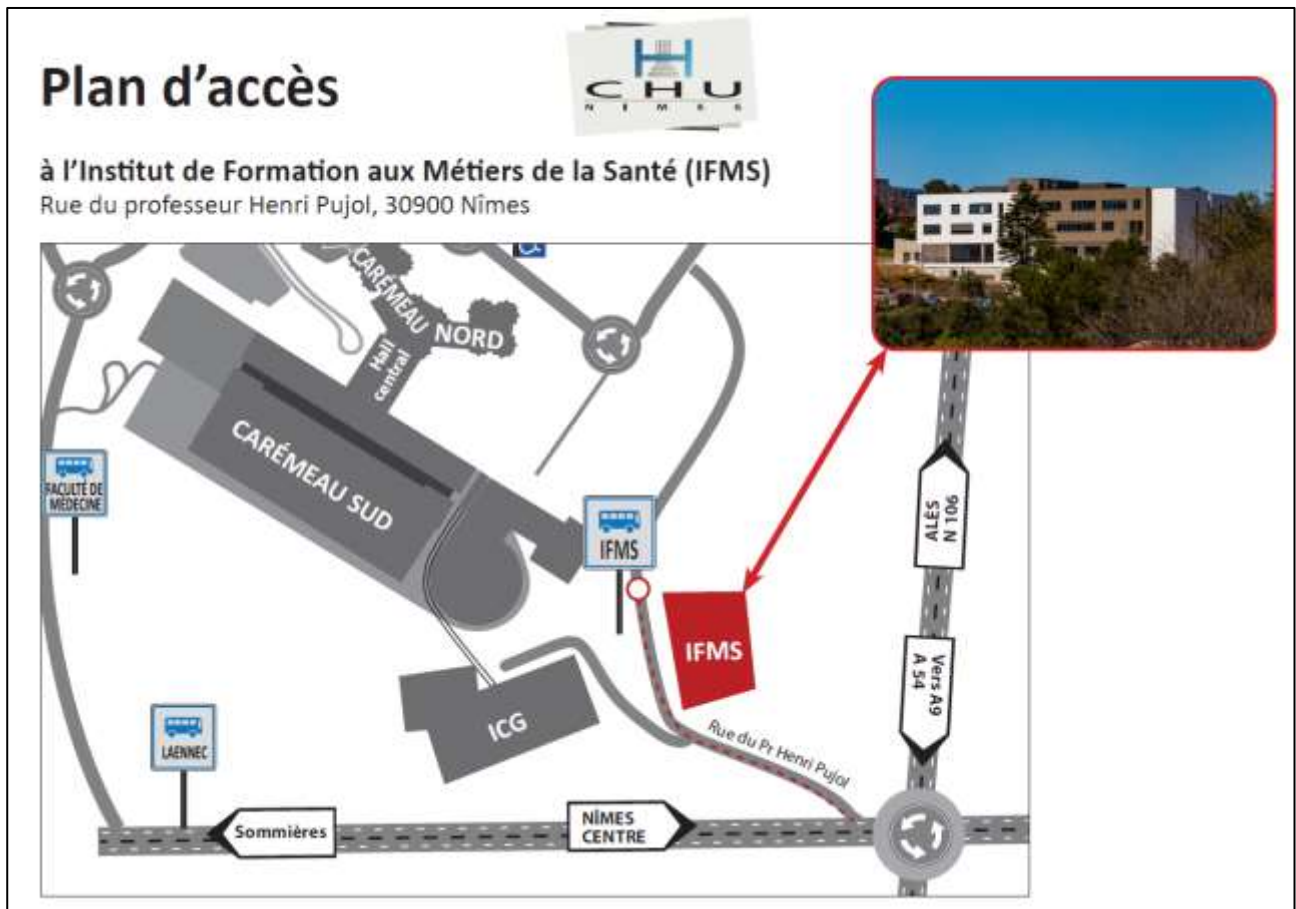
Coût de la formation :

Le coût de formation totale, d'une durée de 32h00, s'élève à **680 euros par stagiaire**.

Modalités de paiement :

Si autofinancement par le candidat : Par chèque à l'ordre de « Régie IFMS – Centre de formation du CHU de NIMES »

Si prise en charge par l'employeur : à réception de la facture



Le site de Nîmes ne dispose pas de parking accessible au public.

La ligne de Tram T2 (arrêt « CHU Carémeau ») est le terminus de la ligne et se trouve devant l'entrée de notre bâtiment. A partir de 7h00, le passage est d'environ 10mn.

Des parkings relais sont situés à la sortie d'autoroute Caissargues, à l'arrêt Némausa, ou à l'arrêt Laennec.



FICHE D'INSCRIPTION PREPARATION CONCOURS IBODE

Le candidat

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Grade :

Service actuel :

N° de téléphone : Mail :

Signature du candidat :

Etablissement employeur

Nom et adresse complète :

.....

.....

Je soussigné,

candidat inscrit à la formation, en autofinancement

responsable de la formation professionnelle continue au sein de l'établissement prenant en charge les coûts de la formation,

.....

N° de téléphone du responsable : Mail du responsable :

L'établissement employeur / le candidat accepte les modalités de formation, l'inscription, et la prise en charge financière du coût de sa formation, d'un montant de 850 euros, qui sera acquitté à réception de la facture (pour l'établissement employeur) ou en joignant un chèque à mon inscription (pour le candidat en autofinancement).

Signature et cachet de l'établissement employeur :