



BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner à l'IFMS à l'adresse : ifms.fcontinue@chu-nimes.fr

FORMATION SOUHAITEE

Intitulé de la formation **Mesures Transitoires (MT10 – Formation 21h00)** Formation complémentaire à la réalisation des actes et activités mentionnées à l'article R.4311-11-1 du CSP pour les infirmiers diplômés d'État

Lieux de la formation Nîmes

Date(s) 15,16,17 février 2027 26,27,28 avril 2027

Coût Prix CHU / Etablissements GHT : 900 € Autres établissements : 1800€

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'ENSEIGNEMENT **Employeur**

STAGIAIRE

Titre de civilité Madame Monsieur

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance ___/___/___ Lieu de naissance

Profession

Adresse mail@..... Téléphone : ___/___/___/___

Adresse postale

Code postal Ville

Date d'obtention du diplôme d'État : ___/___/___ (jour, mois, année)

Documents à fournir obligatoirement lors de l'inscription (*tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte*) :

- Une copie du DE infirmier
- Une copie de la carte ordinale ou une attestation d'inscription à l'Ordre Infirmier
- Une copie de l'autorisation temporaire délivrée par la DRDJSCS
- Une copie de la carte d'identité

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Etablissement Public Privé

Nom de l'établissement

Nom du responsable de l'inscription

Adresse mail@..... Téléphone : ___/___/___/___

Adresse de facturation

Code postal Ville

N° Siret de facturation N° Chorus (obligatoire)

Fait à le ___/___/___

Signature du stagiaire

Signature de l'établissement



Nos locaux sont accessibles aux personnes en situation de handicap.
Si votre inscription nécessite une adaptation particulière, manifestez-vous afin que l'on puisse vous proposer une solution adaptée.
Contact : refhandicapformation@chu-nimes.fr

Nous contacter : CHU Nîmes

Rue du Professeur Henri Pujol, NIMES Cedex 9 - 04 66 68 53 00

N°SIRET : 263 000 036 00222 - Numéro de déclaration d'activité 9130PO48430 - Formation continue / Certifié Qualiopi