

# MESURES TRANSITOIRES 21H00

## FICHE D'INSCRIPTION

A RETOURNER PAR MAIL OU COURRIER

31 Mars, 1 et 2 Avril 2025

6, 7 et 8 Octobre 2025

NOM - NOM MARITAL - PRENOM : .....  
DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....  
N° TELEPHONE : .....  
MAIL PERSONNEL : .....  
ADRESSE PERSONNELLE : .....  
DATE D'OBTENTION DE VOTRE DEI : .....

EMPLOYEUR : ..... DEPUIS LE : .....  
SERVICE : .....

TARIF 1000 €

PRISE EN CHARGE FINANCIERE PAR L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE  NON

OUI (joindre un justificatif de prise en charge)

### DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION

Copie du Diplôme d'Etat d'Infirmier

Formulaire d'inscription

Copie de l'attestation provisoire d'exercer les actes de l'article R.4311-11-1-b

### DOSSIER A ENVOYER

**COURRIER** : ERPFS - Secrétariat Ecole d'IBODE - 14 rue du Pr Stewart - 76042 ROUEN

**MAIL** : anne.bunel@chu-rouen.fr

Date et signature