

**INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ
CHRU DE TOURS**

2 RUE MANSART 37170 CHAMBRAY LES TOURS

BULLETIN D'INSCRIPTION DES FORMATIONS CONTINUES 2020/2021

INTITULE		DATE(S)	CLÔTURE DES INSCRIPTIONS	CHOIX
1	Préparation au concours d'entrée à l'IFCS	Du 28 septembre au 2 octobre 2020 Du 16 au 20 novembre 2020 Du 11 au 15 janvier 2021 Du 15 au 19 février 2021	4 septembre 2020	<input type="checkbox"/>
2	Simulation à l'entretien oral d'admission en IFCS	01/04/2020	21 mars 2020	<input type="checkbox"/>
		02/04/2020		<input type="checkbox"/>
3	Non admis au concours d'entrée en IFCS ? (Re)Préparez-vous à distance !	<u>Formation à distance</u> Du 21/09/2020 au 05/03/2021	15 septembre 2020	<input type="checkbox"/>
4	Cadre de santé : après 1 an d'exercice	20/11/2020	6 novembre 2020	<input type="checkbox"/>
5	Formation à Process Communication® Personnalisez votre communication !	Du 04/02 au 06/02/2020 et Du 09/12 au 10/12/2020	10 janvier 2020	<input type="checkbox"/>
6	Communiquez et publiez vos travaux !	03/12/2020	18 novembre 2020	<input type="checkbox"/>
7	La fonction de formateur en Institut de Formation Initiale	30/11 et 1 ^{er} , 02/12/2020 et 22 janvier 2021	6 novembre 2020	<input type="checkbox"/>

Cocher la formation continue à laquelle vous désirez vous inscrire et retourner le bulletin d'inscription, accompagné de la fiche d'identification et de la fiche de prise en charge financière ci-après à :

Institut de Formation des Cadres de Santé - CHRU de TOURS - 37044 TOURS Cedex 9

☎ 02 47 47 59 36

secretariat.ifcs@chu-tours.fr

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ
CHRU DE TOURS
FICHE D'IDENTIFICATION POUR LES FORMATIONS CONTINUES 2020/2021

MADAME

MONSIEUR

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

PRÉNOM :

COORDONNÉES PERSONNELLES (SOUHAI TÉES)

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

MAIL :

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

NOM DE L'EMPLOYEUR :

RAISON SOCIALE :

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

TÉLÉPHONE :

CORRESPONDANT FORMATION CONTINUE :

QUALITÉ :

TÉLÉPHONE :

MAIL :

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :

MAIL PROFESSIONNEL :

SERVICE ACTUEL :

FONCTION EXERCÉE :

**INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ
CHRU DE TOURS
FICHE DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES FORMATIONS CONTINUES 2020/2021
(à compléter obligatoirement)**

Prise en charge financière par :

Votre employeur (joindre l'attestation de prise en charge)

ANFH (joindre l'attestation de prise en charge)

Vous-même

Autres

Je soussigné(e) Madame, Monsieur
m'engage à régler les frais d'inscription de la formation précitée à l'IFCS du C.H.U. de Tours.

Fait à, le

Signature

Adresse de l'employeur :

Téléphone :

Correspondant Formation Continue :

Téléphone :

Mail :

Téléphone professionnel :

Mail professionnel :

Service actuel :

Fonction exercée :

ENGAGEMENT DE FINANCEMENT PERSONNEL

Je soussigné(e) Madame, Monsieur
m'engage sur l'honneur à régler les frais de la formation
qui se tiendra du au 2020/2021, d'un montant de €, à
l'Institut de Formation des Cadres de Santé du C.H.U. de Tours.

Fait à, le

Signature