

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ  
 CHRU DE TOURS

2 RUE MANSART 37170 CHAMBRAY LES TOURS

**BULLETIN D'INSCRIPTION DES FORMATIONS CONTINUES 2021/2022**

INTITULE		DATE(S)	CLÔTURE DES INSCRIPTIONS	CHOIX
1	Préparation au concours d'entrée à l'IFCS	Du 28 septembre au 02 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	06/04/2021	31 mars 2021	<input type="checkbox"/>
		07/04/2021		<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	19/11/2021	5 novembre 2021	<input type="checkbox"/>
5	La fonction de formateur en Institut de Formation Initiale	17 au 19 mai 2021 et Le 1er octobre 2021	26 avril 2021	<input type="checkbox"/>
6	Communiquez et publiez vos travaux !	18/03/2021	5 mars 2021	<input type="checkbox"/>

**Toutes les formations proposées se déroulent à L'Institut de Formation des Cadres de Santé  
2 rue Mansart - 37170 CHAMBRAY LES TOURS**

**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](mailto:secretariat.ifcs@chu-tours.fr)**

## FICHE DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES FORMATIONS CONTINUES IFCS 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 ..... 2021/2022, d'un montant de ..... €, à l'Institut de  
 Formation des Cadres de Santé du C.H.U. de Tours.

Fait à ....., le .....

Signature

## FICHE D'IDENTIFICATION POUR LES FORMATIONS CONTINUES IFCS 2021

MADAME MONSIEUR 

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

**COORDONNÉES PERSONNELLES (SOUHAIÉES)**

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 :