

CENTRE D'ENSEIGNEMENT DES SOINS D'URGENCE

BULLETIN D'INSCRIPTION * CENTRE HOSPITALIER PERIGUEUX

Veillez écrire en majuscule afin d'avoir une meilleure lisibilité. Merci

Nom (Melle, Mme, Mr)** : **Prénom** :

Nom de Jeune fille :

Date de naissance : **Lieu de naissance** :

Adresse :
.....

Téléphone : **Email** :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession

Service :

CADRE DE SANTE DU SERVICE :

TEL (n° de POSTE) :

CADRE DE POLE :

TEL (n° de POSTE) :

FORMATION(S) SOUHAITEE(S)

Intitulé de la formation :

Date retenue par téléphone :