



Centre Hospitalier Erstein

FICHE D'INSCRIPTION À LA FORMATION

*“Tutorat des étudiants en soins infirmiers et
élèves aide soignants”*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT A LA FORMATION :

Monsieur Madame

NOM : Prénom :

Profession : Année d'obtention du diplôme :

Établissement : Service :

Tel. personnel : Tel. professionnel :

Courriel : @

S'inscrit à la formation “Tutorat des étudiants en soins infirmiers et élèves aide soignants” :

Session de novembre-décembre 2023

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

Nom et adresse de l'établissement

.....

Nom et qualité de la personne qui signera la convention de formation :

.....

L'établissement s'engage à prendre en charge l'action de formation continue.

À le

Signature de l'intéressé(e)

Cachet et signature de l'employeur

IDENTIFICATION DE VOS BESOINS

Qu'attendez-vous de cette formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de nous indiquer les éventuelles adaptations à prévoir pour que vous puissiez suivre cette formation dans de bonnes conditions :

.....

.....

.....

.....

.....