




A photocopier et A renvoyer à

 IFAS – Centre Hospitalier Roland MAZOIN - Rue Chateaubriand – 87200 SAINT JUNIEN
 mireille.dussoulier@ch-stjunien.fr ou patricia.sardin@ch-stjunien.fr
 05. 55. 43. 54. 11

ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

Date, signature et cachet de l'établissement

Nom :
 Adresse :

 Personne à prévenir :
 Téléphone : Fax :
 Courriel :

FORMATION n°1

Intitulé :
 Référence : Dates :

PARTICIPANTS

Nom de famille	Nom d'usage	Prénom	Date de naissance	Fonction	N°Identification (ADELI, ..)

FORMATION n°2

Intitulé :
 Référence : Dates :

PARTICIPANTS

Nom de famille	Nom d'usage	Prénom	Date de naissance	Fonction	N°Identification (ADELI, ..)