

PROGRAMME DE FORMATION FASD 2024 BULLETIN D'INSCRIPTION INDIVIDUEL

Pour permettre une bonne organisation de la formation pour laquelle vous vous inscrivez, merci de compléter entièrement ce bulletin d'inscription (un seul choix de formation possible par bulletin). Seuls les bulletins complets seront pris en compte.

NOM :

PRÉNOM :

FONCTION :

N° INAMI pour les infirmiers(ères) :

N° NATIONAL : (11 chiffres)

CENTRE :

ADRESSE POSTALE PRIVÉE :

TÉL :

ADRESSE MAIL PROFESSIONNELLE :

GSM :

FICHE	TITRE DE LA FORMATION	DATE	MA FORMATION SERA REUSSIE SI JE SUIS CAPABLE DE (merci de définir trois attentes ou demandes qui ont motivé votre inscription)
F			1.
			2.
			3.

Je m'inscris à cette formation. J'ai pris connaissance de la charte du participant et je m'engage à la respecter. Je m'engage également à compléter en temps voulu le questionnaire éventuel de préparation qui me sera envoyé par la FASD.

Date :

Nom de la Direction ou du responsable :

Signature de l'intéressé(e) :

Signature :