

# ACTION DE FORMATION

## BULLETIN D'INSCRIPTION

**Je souhaite m'inscrire à l'Action de Formation**

**Intitulée : Cycle préparatoire au concours d'entrée à l'I.F.C.S.**

**qui commence le : .....**

M. / Mme .....

Fonction : ..... Service : .....

Etablissement : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. .... Fax .....

Portable .....

**E-mail. (obligatoire)** .....

**Prise en charge institutionnelle (joindre obligatoirement 1 attestation de prise en charge financière de l'employeur)**

**Inscription à titre personnel**  
*Je soussigné(e), ..... m'engage sur l'honneur à payer le coût pédagogique de cette formation, d'un montant de ..... €*

Date et signature :

***Aucune possibilité de réservation des places***



**Institut de Formation des Cadres de Santé du Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix**

Centre Hospitalier Montperrin - 109, Avenue du Petit Barthélémy - 13617 Aix en Provence cedex 01

**Tél.** : 04 42 16 16 61 - **E-mail** : [ifcs-aix@gcspa.fr](mailto:ifcs-aix@gcspa.fr) - **Site** : [www.gcspa.fr/ifcs](http://www.gcspa.fr/ifcs)

*Déclaration d'activité enregistrée sous le n° 93 13 16399 13 auprès du préfet de la région PACA. Cet enregistrement ne vaut pas agrément d'Etat*

*Numéro Siret : 130 015 522 00019*