

Certificat d'Université  
**CYCLE DE PERFECTIONNEMENT  
ET DE DÉVELOPPEMENT DES  
COMPÉTENCES INFIRMIÈRES  
EN RÉANIMATION ET  
SURVEILLANCE CONTINUE**

**125  
heures**

**Coordonnées du participant :**

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

N° adeli : .....

Fonction occupée : .....

Etablissement : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

**Nom et fonction du représentant de l'établissement :**

inscrit M./Mme .....

au certificat « **Cycle de perfectionnement et de développement des compétences infirmières en réanimation et surveillance continue** » pour l'année 2019-2020.

**Mode de règlement :**

- Chèque joint à l'ordre d'IFSanté
- Virement (demande de RIB par mail)
- Bon de commande (pour les administrations et services publics)

**Date limite de l'inscription :**

30 septembre 2019

**Nombre de places limité :**

20 participants

**A renvoyer par courrier à :**

Sophie Denoeud  
IFSanté – Département  
formation continue  
2 rue Théodore Monod  
CS 40911  
59465 LOMME Cedex

**Ou par mail à :**

denoeud.sophie@ifsante.fr

*A l'issue de l'envoi de votre fiche d'inscription, vous recevrez une convention de formation. Votre inscription sera définitive lorsque celle-ci sera établie.*

Date, cachet et signature : .....

