Direction des Ecoles et des Instituts de Formation
Direction des Ressources Humaines
Ecole Régionale d'Infirmiers de Bloc Opératoire

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX FORMATIONS CONTINUES 2026 - 2027

Formation souhaitée :

☐ Préparation Concours d'entrée ☐ Adaptation à l'emploi des IDE en bloc op

☐ Adaptation à l'emploi des IDE Hors Bloc op (**réservé APHM)**

☐ Mesures transitoires (4h) MT 3 ☐ Mesures transitoires (21H) MT 10

☐ N° et date de la Session :

☐ Quelles sont vos attentes sur la formation choisie ?

A retourner pour convention à établir au moins un mois avant le début de la formation ;
Pour les Mesures Transitoires : les inscriptions sont validées nominativement sur une date et aucun remplacement de professionnel ne pourra être effectué.
Il n'y aura pas de liste d'attente, une fois la session complète

Date de la session retenue :

1. AGENT à inscrire :

Nom de NAISSANCE : Nom d'EPOUSE :
Prénom : Fonction Date de naissance :

MAIL : Tél :
Adresse :

II. MODE de FINANCEMENT : Promotion professionnelle par établissement employeur

NOM de l'Etablissement
Adresse et Tél

Nom et prénom du Directeur Général de l'Etablissement
Tél / Mail

Nom et prénom du responsable de la formation continue
Tél / Mail

Direction des Ecoles et des Instituts de Formation
Direction des Ressources Humaines
Ecole Régionale d'Infirmiers de Bloc Opératoire

☐ Autre mode de financement (individuel, chirurgien, OPCO…) si plusieurs financeurs, indiquez tous les renseignements et le % de prise en charge de chacun d'entre eux (par ex100% ou 20% et 80% si 2 financeurs etc…)

Financeur 1 : Convention de formation (facture) à établir à Prise en charge à ……..%

Nom de NAISSANCE :
Nom d'EPOUSE :
Prénom :
Mail : Tél :
Adresse :

Financeur 2 : Convention de formation (facture) à établir à
Prise en charge à ….....%

Nom de NAISSANCE :
Nom d'EPOUSE :
Prénom :
Mail : Tél :
Adresse :

Financeur 3 :
Convention de formation (facture) à établir à Nom de

NAISSANCE :
Nom d'EPOUSE :
Prénom :
Mail : Tél :
Adresse

III. SITUATION DE HANDICAP :

☐ Souhaitez-vous nous faire part d'une situation de handicap ?

Date de la demande

Signature et cachet du (des) financeurs