

ECOLE D'INFIRMIERS DE BLOC OPERATOIRE DIPLOMES D'ETAT

Centre Hospitalier Universitaire Amiens-Picardie 80054 AMIENS CEDEX 1
Secrétariat : Tél : 03 22 45 60 48 Courriel : ecole.ibo.secretariat@chu-amiens.fr



Groupe Hospitalier de Territoire
Somme Littoral Sud



BULLETIN D'INSCRIPTION FORMATION MESURES TRANSITOIRES DE 21 H

Cochez les dates ou vous pouvez assister à la formation **Clôture des inscriptions 1 mois avant la date du début de la session**

- ☐ Session octobre 2025 : les 8, 9, 10 octobre 2025
- ☐ Session novembre 2025 : les 24, 25, 26 novembre 2025

HORAIRE : 8h le premier jour à 17h30 et 7h ou 8h en fonction de la disponibilité des intervenants à 17h30 les jours suivants

PARTICIPANT :

NOM DE NAISSANCE – PRÉNOM :

NOM MARITAL :

ADRESSE MAIL (obligatoire) :

Numéro de téléphone :

Photo

DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR L'INSCRIPTION – *inscription validée si la totalité des documents sont présents*

- ☐ Copie d'inscription à l'ordre infirmier avec le numéro ONI et le numéro RPPS
- ☐ Copie de la carte d'identité ou passeport
- ☐ Copie du diplôme d'infirmier français si diplôme étranger avec autorisation d'exercer en France
- ☐ Récépissé de la demande d'autorisation temporaire en application de l'article 3 du décret n° 2024-954 du 23 octobre 2024, **récépissé DREETS 2025**
- ☐ Attestation de prise en charge financière de l'employeur ou engagement personnel individuel

COUT : 975 € net de taxe (NEUF CENT SOIXANTE QUINZE EUROS NET DE TAXE) – REPAS NON COMPRIS

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'ENSEIGNEMENT - *Joindre un justificatif de prise en charge*

- 1) L'établissement : OUI ☐ NON ☐

Nom de la personne à contacter :Service de la personne à contacter :

Mail de la personne à contacter :

- 2) Le participant : OUI ☐ NON ☐

ETABLISSEMENT :

Nom établissement :

Adresse :

ADRESSE DE FACTURATION (si différente établissement) :

.....

.....

Fait à : le :

Signature