

## 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](mailto:ecole.ibo.secretariat@chu-amiens.fr)



Groupe Hospitalier de Territoire  
Somme Littoral Sud



# BULLETIN D'INSCRIPTION FORMATION MESURES TRANSITOIRES DE 4 H

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Session Samedi 20 septembre 2025 | <input type="checkbox"/> Session Samedi 15 novembre 2025 |
| <input type="checkbox"/> Session Samedi 04 octobre 2025   | <input type="checkbox"/> Session Samedi 29 novembre 2025 |
| <input type="checkbox"/> Session Samedi 18 octobre 2025   | <input type="checkbox"/> Session Samedi 13 décembre 2025 |

**HORAIRE :** De 8h30 à 12h30

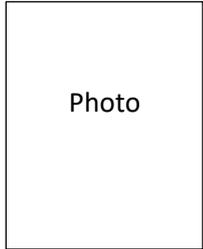
**PARTICIPANT :**

NOM DE NAISSANCE – PRÉNOM : .....

NOM MARITAL : .....

ADRESSE MAIL (obligatoire) .....

Numéro de téléphone : .....



**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
- Copie de l'attestation d'autorisation définitive délivrée par la DREETS en application de décret n°2019-678 du 28 juin 2019 ;
- 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 :** 350 € net de taxe (TROIS CENT CINQUANTE 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

Envoyer le dossier par mail à partir de la boîte mail du participant et ensuite par courrier postale