



Version FC/2021/06/18  
 Dossier suivi par :  
 Marie-Laure MOULIN  
 Tél : 02.37.30.30.86  
 Fax : 02.37.30.32.49  
 mlmoulin@ch-chartres.fr

**FICHE D'INSCRIPTION**

**Descriptif de la Formation**

Intitulé : .....

Dates retenues : .....

Nombre d'Heures : .....

Coût de la Formation : .....

**Employeur**

Raison Sociale : .....

Nom du Directeur : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... Fax : .....

E-mail : .....

**Nombre de participants :**

Nom - Prénom	Fonction	Adresse mail

Fait à .....  
 Le .....

Responsable de l'établissement :



**Attestation de prise en charge financière**

Je, soussigné(e) .....

Certifie la prise en charge du cycle de formation (intitulé de la formation) .....

.....

Je ne bénéficie d'aucune prise en charge et je m'engage à régler la somme due : .....  
Correspondant au coût de la formation.

Je bénéficie d'une prise en charge financière par mon employeur

Date : .....

Signature du participant :

**Prise en Charge Financière**

Organisme Financier : .....

Personne à contacter : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... Fax : .....

E-mail : .....

Fait à .....

Le .....

Responsable de l'établissement : .....



**IFSI IFAS IFA – 7 rue Philippe Desportes – 28000 CHARTRES**  
**N° SIRET 26280004800023 et TVA Intracommunautaire FR64262800048**

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 2428P000928 auprès Préfet de la Région Centre Val-de-Loire  
Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat (Article L.6352-12 du Code du Travail)