



Établissement  
public de santé

**Barthélemy Durand**  
**Institut de formation  
en soins infirmiers**  
**Institut de formation  
d'aides-soignants**

**Île de France** **UNIVERSITÉ  
PARIS-SACLAY** **FACULTÉ DE  
MÉDECINE**

## PERSONNE À PRÉVENIR COUPON À REMETTRE AU SECRÉTARIAT

Nom ..... Prénom .....

Promotion .....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom ..... Prénom .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Adresse : .....

.....

Lien de parenté : .....

Date : .....

Signature :

**Qualiopi**  
processus certifié  
 **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**  
Par AFNOR Certification



La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'action suivante  
**ACTIONS DE FORMATION**

