



Établissement public de santé

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

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 :



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

