



Photo

**Inscription à la formation**

**« NURSING TOUCH »**

A retourner au siège sociale de l'EIBE : 28 route de Castres, 31280 Drémil Lafage

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance :...../...../..... Lieu de naissance : .....

Situation professionnelle actuelle : .....

Adresse : .....

.....

Tél : ..... Email : .....

Êtes-vous dans une situation de handicap ? (oui / non) : .....

Je souhaite m'inscrire à la session de formation « Nursing Touch » qui aura lieu à .....

Dates : du ...../20..... au ...../20.....

A ce titre, je joins à cette inscription un règlement de 120€ . Ce règlement représentant l'acompte de la formation. Le solde sera effectué le 1<sup>er</sup> jour de la formation.

Je reconnais que le coût total de formation ne comprend pas le transport éventuel sur le lieu du stage et l'hébergement, qui resteront à ma charge.

Fait à ..... Le .....

Signature du stagiaire :