

**BULLETIN D'INSCRIPTION**  
**« FORMATION TUTORAT : Accueil et encadrement des**  
**Etudiants en Soins Infirmiers en stage »**  
**Session 2026**

**A retourner avant le lundi 15 décembre 2025 à l'adresse mail : [formation.tutorat.ifms@epsm-somme.fr](mailto:formation.tutorat.ifms@epsm-somme.fr)**

**Les coordonnées du participant**

|                                                                      |                     |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr - Nom ..... | Nom marital : ..... |
| Prénom : ..... Date de Naissance : .....                             |                     |
| Fonction / Grade : .....                                             |                     |
| Adresse personnelle :<br>.....<br>.....                              |                     |
| Téléphone personnel : ..... Mail personnel : .....                   |                     |

**Les coordonnées de l'employeur**

|                                                        |               |
|--------------------------------------------------------|---------------|
| Nom de l'établissement :<br>.....                      |               |
| Numéro SIRET :<br>.....                                |               |
| Nom du service :<br>.....                              |               |
| Adresse :<br>.....<br>.....                            |               |
| Téléphone : .....                                      | Email : ..... |
| Nom du responsable de l'établissement :<br>.....       |               |
| Nom du responsable de la formation continue :<br>..... |               |
| Téléphone : .....                                      | Email : ..... |

Nom de la personne chargée du dossier d'inscription (pour envoi des documents)

.....

Téléphone : ..... Email : .....

Etablissement signataire de la convention de formation : *(si différent)*

.....

Adresse :

.....

.....

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

Tél. : ..... Email : .....

**Coût total pour 4 jours de formation (repas compris) : 550 €**

**Prise en charge financière :**

☐ Etablissement (au titre du plan de formation)

☐ ANFH

☐ Autre OPCA que l'ANFH, si oui lequel ?

.....

Fait à ..... Le : .....

Signature et cachet de l'employeur

Signature du stagiaire