



FORMULAIRE D'INSCRIPTION PRATIQUE INFIRMIERE APPRONFONDIE EN SOINS CONTINUS – MODULE CARDIOLOGIE

Nom :	Prénom :
Né/e le :	Originaire de :
Nationalité :	Etat civil :
Adresse privée complète :	Adresse e-mail privée :
	Adresse e-mail professionnelle :
Privé :	Professionnel :
Taux d'activité : %	
Lieu de Formation Pratique (LFP)* :	

* LFP = service clinique dans lequel vous travaillez ou allez travailler.

Pour la constitution du dossier, ce formulaire est à nous retourner dûment rempli et signé d'ici au 31.07.2012.

Pré-requis obligatoires :

- Activité professionnelle actuelle dans les soins continus**
- BLS AED** **Date du cours (prévu ou réalisé) :**
- E-learning ECG** **Date du cours (prévu ou réalisé) :**

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

Par sa signature, le candidat confirme qu'il a pris connaissance et accepte les modalités de formation et de validation.

Lieu et date		Signature candidat	
--------------	--	--------------------	--

ATTESTATION D'ADMISSION

A remplir par le représentant du Lieu de Formation Pratique (ICS du service)

Par sa signature, le représentant du Lieu de Formation Pratique atteste que le candidat est admis à la formation « Pratique infirmière approfondie en soins continus ».

Lieu et date		Signature du représentant du LFP*	
--------------	--	-----------------------------------	--