

INSTITUT DE FORMATION
DES CADRES DE SANTE

CHU DE GRENOBLE ALPES
CS 10217 - 38043 Grenoble cedex 09

☎ 04.76.76.50.70 Fax 04.76.76.88.79
email : secretariatfcs@chu-grenoble.fr

ATTESTATION DE PRISE EN
CHARGE

FORMATION CADRE DE SANTÉ

Par le STAGIAIRE

FORMATION CADRE DE SANTE

Je soussigné(e), **NOM -Prénom**

Nom d'épouse

Adresse personnelle

Code postal..... Ville

Téléphone personnel

E/Mail

Employeur

Adresse employeur

Code postal..... Ville

Téléphone

m'engage sur l'honneur, en cas d'admission à la Formation Cadre de Santé, à régler moi-même les frais pédagogiques afférents à cette formation pour **l'Année 2019-2020** :

Coût Pédagogique : 7 500 euros

Tarif de participation au fonctionnement : 130 euros

A.....

Le.....

Signature

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE ALPES

CS 10217 - 38043 Grenoble Cedex 09
I.F.C.S - ☎ 04.76.76.50.70 - Fax : 04.76.76.88.79 - Email : secretariatfcs@chu-grenoble.fr