

Inscription à la formation raccourcie Filière soins ambulancière ES

Nom / prénom

Début de la formation _____

Entreprise formatrice

Raison sociale _____

Rue / n° _____

NPA / localité _____

Direction Nom: _____

Tél: _____ Courriel: _____

Responsable de la formation Nom: _____

Tél: _____ Courriel: _____

Le service d'ambulances atteste qu'il met à disposition la place de formation et qu'il encadre l'étudiant-e conformément à l'accord.

Nom: _____

Fonction: _____

Lieu / date: _____ Signature: _____