

Imprimé de demande de stage

DELAI MINIMUM D'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE : 1 MOIS

A RENVoyer A L'ADRESSE SUIVANTE : ifsi@chi-val-ariège.fr

Identité du demandeur	
Nom	
Prénom	
Adresse postale	
Téléphone	
E-mail	
Reconnaissance RQTH : cocher la case <input type="radio"/>	

Descriptif de la formation suivie	
Intitulé de la formation	
Année de formation	
Nom de l'établissement scolaire/institut de formation/université/organisme	
Adresse de l'établissement	
Téléphone	
Nom et coordonnées du responsable de l'établissement	

Descriptif du stage souhaité	
Période de stage	
Services souhaités	
Site souhaité (Possibilité de cocher plusieurs cases)	Lavelanet <input type="radio"/> Saint Jean de Verges <input type="radio"/> EHPAD Bellissen <input type="radio"/> EHPAD Bariol <input type="radio"/> EHPAD Lavelanet <input type="radio"/> EHPAD Laroque d'Olmes <input type="radio"/> Tarascon <input type="radio"/>
Objectifs du stage	

Date de la demande :

Signature :