

A renvoyer à la coordinatrice de cette formation,  
Mme Françoise DAUNE -- rue Timmermans, 84 -- 1190 Bruxelles

BULLETIN DE CANDIDATURE  
FORMATION A LA PRISE EN CHARGE  
DE PATIENTS ATTEINTS D'UNE MALADIE A PRONOSTIC LETAL

NOM: .....

PRENOM: .....

DATE DE NAISSANCE:.....

ADRESSE: .....

CODE POSTAL: ..... LOCALITE: .....

TELEPHONE: ..... GSM: .....

FAX: ..... E-MAIL : .....

PROFESSION: .....

DIPLOME DE BASE (titre, lieu, date) : .....

FORMATIONS COMPLEMENTAIRES : stages (lieu, durée), formation

.....  
.....

OCCUPATIONS PROFESSIONNELLES ANTERIEURES (lieu, durée, conditions) :

.....  
.....  
.....

OCCUPATIONS PROFESSIONNELLES ACTUELLES:

.....

PROJETS PROFESSIONNELS:

.....  
.....

Je verse la somme de 100 euros pour les entretiens préliminaires au compte de l'IFISAM, n°210-0687223-30

[Veuillez joindre une photo de type identité]

Je souhaite m'inscrire à la

***Formation à la prise en charge de patients atteints d'une maladie à pronostic létal.***

Date :

Signature :