



**HOSPICES CIVILS DE LYON**  
**INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIER**  
**IFA ESQUIROL**  
3-5, av. Esquirol  
CS 63752  
69424 Lyon Cedex 03  
N° SIRET : 266 900 273 00019  
N° AGRÉMENT : 82 69 P 47 08 69

**BULLETIN D'INSCRIPTION**

*A retourner à l'adresse indiquée en en-tête*

**Coordonnées du stagiaire**

NOM et Prénom du stagiaire \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle (Etablissement – nom et adresse) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° SIRET de l'établissement: \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

N° de téléphone du service de formation continue : \_\_\_\_\_

E-mail du service de formation continue \_\_\_\_\_

Intitulé de la session : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dates : \_\_\_\_\_

Coût de la session : \_\_\_\_\_

**Modalités de prise en charge du coût de la formation**

**Par le stagiaire – à titre individuel**

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

E-mail personnel: \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

**Par l'employeur**

Je soussigné (e) :

Fonction : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

M'engage à prendre en charge les frais de la formation désignée ci-dessus

Suivie par : \_\_\_\_\_

Dans chaque cas la somme correspondante est à payer dès réception de l'avis de paiement établi par le Trésorier Principal des Hospices Civils de Lyon

Date

Signature (+ cachet établissement)

▪ Une convention de formation vous sera établie par les HCL

**Conditions d'annulation :** Par courrier : 30 jours avant le début de la formation  
Passé ce délai, la formation sera facturée