Atelier de formation du jeudi   

 Date mois année

 EMS 

NOM et lieu de formation

Formulaire d'inscription

***! à remplir en caractères d'imprimerie !***

Institution : 

Nom : 

Prénom : 

Fonction : 

No téléphone: 

**Prérequis :**

**J’ai participé à l'atelier Précautions Standard du** :   

jour mois année

Repas de midi pris dans l'institution :

[ ]  **OUI →** Régime spécial : [ ]  NON

 [ ]  OUI -> Lequel 

[ ]  **NON**

Remarques



Prière de renvoyer votre coupon-réponse **jusqu'à 30 jours avant la date de l’atelier** indiqué plus haut

**courriel :** **josiane.huberdeau@ne.ch**

ou

**Service de la santé publique - PCI**

**rue Pourtalès 2, 2000 Neuchâtel**