Atelier de formation du  

 Date jour Mois Année

EMS 

 Nom et lieu de formation

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Formulaire d'inscription

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

Institution : 

Nom : 

Prénom : 

Fonction : 

No téléphone : 

Inscription précédemment refusée à un At Pr. St :

**[ ]  OUI** Date de l'atelier refusé : 

 **[ ]  NON**

Repas de midi pris dans l'institution :

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

**[ ]  NON**

Remarque:



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**