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**](mailto:josiane.huberdeau@ne.ch)

ou

**Service de la santé publique - PCI**

**rue Pourtalès 2, 2000 Neuchâtel**