



PLAN DE FINANCEMENT DE LA FORMATION

- Financement personnel :** partiel total
- Paiement par Chèque ou Virement bancaire
- Compte Personnel Formation (pour les formations éli-

- Employeur :** Mon employeur souhaite alimenter mon CPF (pour les formations éli-
- Mon employeur finance intégralement ma formation
- Mon employeur finance en partie ma formation
- L'organisme financeur de mon employeur (OPCO) finance la formation

Nom et coordonnées de l'organisme financeur :

- Pôle emploi :** Votre identifiant Pôle emploi :
- Pôle emploi finance intégralement ma formation
- Pôle emploi finance en partie ma formation et j'utilise mon CPF
- Pôle emploi ne finance pas ma formation et j'utilise mon CPF

Nom de mon conseiller Pôle emploi :

Téléphone de mon conseiller Pôle emploi :

- Autre financement :** précisez le mode de financement envisagé
-

Le dossier d'inscription doit être adressé au

Centre de Formation Continue de l'IFPVPS

Espace André

401 B chemin des Plantades

83130 LA GARDE



Bulletin d'inscription

Titre de la formation :

Date de session : du au

Monsieur

Madame

Nom de naissance* :

Nom d'épouse :

Prénom* :

Date de naissance* :

Lieu de naissance* (ville et n° de département) :

Adresse* :

CP* : Ville* :

Tel* :

Email* :

** Champs obligatoires*

NOUS CONTACTER Téléphone 04 94 58 58 22

Messagerie formationcontinue@ifpvps.fr

Internet <https://www.ifpvps.fr/formation-continue/>

Liste des documents à fournir

Ce bulletin d'inscription

Règlement de la formation

Ne joignez aucun règlement à ce bulletin d'inscription !

Nos actions de formation ont chacune leurs spécificités, notamment de durée, de lieu, de nombre de participants, d'accueil, de matériel. En conséquence, pour connaître le tarif de la formation, nous vous invitons à nous contacter :

- par email : formationcontinue@ifpvps.fr
- par téléphone : 04 94 58 58 22
- en cliquant sur le bouton disponible sur la page internet de la formation :

[Demander un devis](#)

Par ailleurs, selon le mode de financement de la formation (personnel, employeur, etc.), nous vous ferons parvenir un **contrat ou une convention de formation de formation**. Une fois ce document signé, un **titre de paiement** précisera au signataire les modalités de paiement.

Démarche pour les personnes en situation de handicap demandant à bénéficier de mesures particulières lors de leur formation

Contactez le référent handicap de l'IFPVPS afin de mettre en place un parcours spécifique d'aménagement de la formation : Mme Estelle LAVE, 401B chemin des Plantades, Espace André, 83130 La Garde - Tel 04 94 00 58 78 - email : estelle.lave@ifpvps.fr

**VOTRE DOSSIER DOIT ETRE RECEPTIONNÉ PAR L'IFPVPS
7 JOURS OUVRES AVANT LE DEBUT DE LA FORMATION**

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

Le : Signature



Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé

N° de déclaration d'activité 93.83.04918.83 - Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat
FINESSE EJ : 83 000 904 9 - N° Siret : 130 016 561 000 24 - Code APE 8412Z

**Informations utiles à la constitution de
votre d'inscription à la formation**
