



## Bulletin d'inscription à retourner au Secrétariat de l'IFSRA

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

.....

Tél. :

E-mail :

souhaite m'inscrire à la (les) formation(s) :

La personne âgée à domicile, positionnement et installation : au lit et au fauteuil  
Déplacements, aide aux transferts et à la locomotion

De la maltraitance à la bienveillance

Équilibre alimentaire et régimes

Manutention, transferts et prévention

Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés

Lombalgie chronique - Reconditionnement à l'effort

Ressourcement du soignant

Connaissance du handicap

Ergonomie rachidienne et manutention des patients

Escarre : Prévention et traitement

Je joins à mon inscription un chèque de ..... euros libellé à l'ordre de l'I.F.S.R.A. (*les déjeuners sont inclus*)

OU

Je demande à signer une convention de formation et à m'acquitter de la somme de ..... euros sur réception de facture à l'issue de la formation.

Pour tout renseignement, contacter :

Secrétariat de l'I.F.S.R.A. Tél. : 02.43.51.73.75 E-mail : [ifsra@ch-arche.fr](mailto:ifsra@ch-arche.fr)