



**ASSOCIATION DES INFIRMIER(E)S ANESTHÉSISTES
DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG**
6, rue Saint MARC 67000 STRASBOURG
Tél. 03 88 11 60 12 – Fax. 03 88 11 53
www.aiahus.fr

Date : ___ / ___ / ____

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UNE ACTION DE FORMATION

A remplir et à transmettre au Comité avant la date de la formation.

La qualité de membre de l'association est indispensable (cotisation à jour).

NOM : _____ **PRENOM :** _____



J'ai l'honneur de solliciter la prise en charge par l'AIAHUS d'une action de **formation intitulée** :

Organisée par : _____

Lieu : _____ **Date(s) :** _____

Frais prévus :

- Inscription (et inscription aux ateliers le cas échéant) : _____
- Transport (préciser les moyens de transport utilisés et leur coût) : _____
- Hébergement :
Nombre de nuitées : _____ Coût total : _____

Total approximatif des frais prévus : _____

La prise en charge par l'AIAHUS suppose une demande préalable auprès de la Formation Continue de votre établissement. En cas de refus de prise en charge partielle de l'action de formation par les HUS (joindre copie de la lettre de décision), l'AIAHUS peut prendre en charge les frais de cette formation.

En cas de prise en charge partielle par les HUS ou tout autre organisme, **montant de ce remboursement** : _____

Si la demande de prise en charge n'a pas été effectuée auprès des HUS, précisez le motif : _____

SIGNATURE

Décision du comité :

Accordé

Refusé

Date : ___ / ___ / ____