

FACULTE DE MEDECINE

**Diplôme Universitaire de Soins Infirmiers en  
situation de catastrophe  
Année universitaire 2009/2010**

**Acte de candidature**

**NOM :**

**EPOUSE :**

**PRENOM :**

**DATE de Naissance :**

**DATE DU D.E. :**

**Lieu de Travail Actuel :**

**Hopital**

**Service**

**DATE DU DUSIU ou du DE d'infirmier anesthésiste :**

**Formation prise en charge par l'employeur ?**

**OUI**

**NON**

**Maintiendrez-vous l'inscription si vous n'êtes pas pris  
en charge**

**OUI**

**NON**

**Date et signature :**

