

vos coordonnées

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
Téléphone :
Mail :
Fonction :
N° ADELI * :
N° RPPS * :

À renvoyer dûment complété à l'adresse indiquée sur la fiche de la formation choisie.

Pour les agents du CHU de Reims, tout bulletin d'inscription (quelle que soit la formation choisie), doit être adressé à la Direction des Ressources Humaines, secteur Formation et Développement des Compétences

établissement employeur

Nom :
Adresse :
.....
.....
Téléphone :
Mail :

formation choisie

Intitulé de la formation :
.....
Référence :
Session choisie (dans le cas de plusieurs sessions) :

responsable du service formation de l'établissement employeur

Nom : Prénom :
Téléphone : Mail :
Adresse de convocation (si différente) :
Adresse de facturation (si différente) :
.....

prise en charge financière de la formation

accord du directeur de l'établissement pour la prise en charge
au titre de la Formation Continue ou du DPC

prise en charge
individuelle

Cachet de l'établissement :

Date :

Signature :

Date :

Signature de l'intéressé(e) :