



BULLETIN D'INSCRIPTION



La certification qualité a été délivrée au titre
de la ou des catégories d'actions suivantes : actions de formation.

ODPC n° 1699
Organisme de formation
n° 2151P002551

// 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. Inscription 3 mois avant la date de formation.
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 :
SIRET :

// 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)

// DEMANDE D'AMÉNAGEMENT

Avez-vous besoin d'un aménagement spécifique pour sécuriser votre parcours de formation ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, un référent handicap vous contactera.

* seulement pour les professions concernées

