



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

PRIX INSCRIPTION : 360 €/PERSONNE

TUTORAT AIDE SOIGNANT

DATES FORMATION : Cochez la case de la session souhaitée

- 07-08/10/24 + 07/11/24
- 20-21/01/25 + 03/03/25

De 9h à 17h à l'IFMS - 1146 Avenue du Père Soulas 34295 Montpellier Cedex 5

PARTICIPANT

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Profession :

N° RPPS * ou N° ADELI ** :

Adresse d'exercice principal :

Tel : E-mail (obligatoire):

Votre entrée à cette formation nécessite-t-elle de prévoir un aménagement particulier ? OUI/ NON

Vous pouvez être mis en relation avec notre référent handicap si vous le souhaitez

* N° RPPS pour les médecins et sages-femmes

** N° ADELI pour les professionnels de santé : professions paramédicales, de l'appareillage et du domaine social

OBJECTIFS DE LA FORMATION

Les objectifs de la formation énoncés dans le programme correspondent-ils à votre besoin ? OUI/ NON

Commentaires :

PRISE EN CHARGE

INDIVIDUELLE :

(Paiement par chèque joint obligatoirement au Bulletin d'Inscription à l'ordre de M. le Trésorier Principal du CHU de Montpellier)

ETABLISSEMENT : PUBLIC

PRIVE

CONVENTION DE FORMATION : OUI NON

(Précisez la personne habilitée à signer la convention)

ETABLISSEMENT

N° SIRET :

Code Service * :

Numéro engagement * :

* uniquement pour les établissements publics

Adresse de Facturation (à qui sera adressée la facture) :

Nom Etablissement :

Nom-Prénom :

Tel : E-mail :

Responsable de la formation (à qui seront adressées les conventions de formation)

Nom-Prénom

Tel : E-mail :

Fait à Le

Signature du responsable formation

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Secrétariat : 04 67 33 88 45 – ifas@chu-montpellier.fr