



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

INTITULE de la FORMATION : .....

DATES FORMATION : .....

### 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

Contact : 04 67 33 88.81