



FICHE D'INSCRIPTION

Merci de compléter ce document et de nous le retourner par mail

INTITULÉ DE LA FORMATION :

- FORMATION INITIALE EN ETP - 40H
- FORMATION A LA COORDINATION D'UN PROGRAMME D'ETP

DATE(s) :

*Le délai d'accès est fonction du nombre de places disponibles et ouverture sous réserve de **6 inscrits minimum**.*

TARIFS : formation aux 40h : **1000 €** - formation coordinateur : **400€**

+ frais de déplacement du formateur si la formation est dispensée hors du site du CH Fleyriat.

Les frais de transport restent à la charge du participant.

INFORMATIONS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Civilité : Madame Monsieur

NOM/Prénom :

Date de naissance :

Profession / Service :

Adresse (à compléter si financement personnel) :

.....

Téléphone :

Mail :

Pour les personnes en situation de handicap, merci de prendre contact avec notre service afin que nous puissions vous proposer la solution la plus adaptée.

INFORMATIONS CONCERNANT L'EMPLOYEUR

Établissement :

Adresse :

CP/Commune :

Nom du signataire de la convention :

Fonction :

Téléphone :

Mail :

SIRET :

VOTRE PROJET

.....
.....
.....
.....

REGLEMENT

Je m'engage à régler à l'Hôpital Fleuryriat l'inscription d'un montant de :

Site Fleuryriat : 1000 € 400€

Hors site Fleuryriat : 1000 € + frais déplacement du formateur 400€ + frais déplacement du formateur

*A l'issue de la formation, une facture émanant du Trésor Public vous sera adressée avec les modalités de règlement. **Aucun chèque ne doit être joint à la fiche d'inscription.***

Date et signature du bénéficiaire :

Date, signature et cachet de l'employeur :