

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 € + frais de repas** - formation coordinateur : **400€ + frais de repas**
+ frais de déplacement si la formation est dispensée hors du site du CH Fleyriat (cf tableau joint) sous condition d'un **minimum de 10 inscrits**).

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 :

REGLEMENT

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

Site Fleuryat : 1000 € + frais de repas 400€ + frais de repas

Hors site Fleuryat : 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 :

FRAIS DE DEPLACEMENT

Tarif pour les 6 journées de formation :	1000 € / participant
--	----------------------

Formation hors site CHB			
	distance	nombre d'heure / agent	Coût formateur / jour
forfait déplacement par formateur et par jour	10 à 30 km	2h	120 €
	31 à 60 km	3h	180 €
	61 à 100 km	4h	240 €
	plus de 101 km	5h	300 €
Frais kilométriques (par km) : 0,41 €			

VOTRE PROJET

Grille de recueil des besoins en formation

NOM / PRENOM
PROFESSION QUALIFICATION
DELAI DE REALISATION	<input type="checkbox"/> Rapide (<i>programme en cours</i>) <input type="checkbox"/> A moyen terme <i>Date de mise en place envisagée du programme :</i> <input type="checkbox"/> Pas de projet actuellement
BESOINS EXPRIMES <i>Exemples :</i> « Je souhaite découvrir... » « Je souhaite acquérir des connaissances sur... »
COMPETENCES VISEES <i>Exemple :</i> « être capable de... »

