

## FICHE D'INSCRIPTION

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

### INTITULE 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 (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 : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Adresse (à compléter si financement personnel) :

.....

*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.*

## VOTRE PROJET

### Grille de recueil des besoins en formation

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

## 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 Fleyriat l'inscription d'un montant de :**

Site Fleyriat : ☐ 1000 € + frais de repas ☐ 400€ + frais de repas

Hors site Fleyriat : ☐ 1000 € + frais déplacement du formateur ☐ 400€ + frais déplacement du formateur

| 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 €         |                |                        |                       |

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 :**