



# BULLETIN D'INSCRIPTION

N°ACTIVITE : 82 01 P0918 01

**MERCI DE REMPLIR  
CE DOCUMENT  
PAR INFORMATIQUE**

SECRETARIAT CESU 01  
CH DE BOURG EN BRESSE  
900 rte de Paris -  
CS 90401 01012 BOURG EN BRESSE  
CEDEX  
04-74-45-46-27  
[cesu01@ch-bourg01.fr](mailto:cesu01@ch-bourg01.fr)

**Cadre réservé au CESU :**

Convention HE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Convention ETS : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIFPL : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Attestation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASAP Mail le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FORMATION**

**DATE(S)**

## INFORMATIONS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

**Titre**

 M. Mme

**Nom**

**Nom de naissance**

**Prénom**

**Date  
naissance**

**Lieu de naissance**

**Profession**

**Exercice libéral :** oui

**Le bénéficiaire est-il en situation de handicap nécessitant une adaptation de la formation ?**

oui  
 non

**Si oui, nous vous contacterons dans le cadre de l'organisation de la formation.**

## INFORMATIONS OBLIGATOIRES SI FINANCEMENT PERSONNEL

**\*Adresse :**

**\*C.Postal**

**\*Commune**

**\* Téléphone**

**\* Mail**

- **Pour les professionnels libéraux :** merci de joindre une attestation d'inscription à l'ordre de votre profession
- **Pour les professionnels finançant eux-mêmes leur formation :** joindre votre diplôme professionnel

## INFORMATIONS CONCERNANT L'EMPLOYEUR (si prise en charge par l'employeur)

**Établissement**

**SIRET (obligatoire)**

**Adresse :**

**C.Postal**

**Commune :**

**RESPONSABLE (signataire de la convention) :**

M.

Mme

**Nom - Prénom**

**Grade :**

**Téléphone**

**Mail**

# FACTURATION DE LA FORMATION



**ATTENTION : PAS SUBROGATION POSSIBLE AVEC LES OPCO (hors ANFH)**

## INFORMATIONS CONCERNANT

### LE SERVICE QUI GERE LE REGLEMENT DE LA FORMATION

**(envoi dématérialisé des documents)**

**Ne concerne pas les établissements publics**

**Nom de la personne destinataire :**

**Téléphone :**

**Adresse mail pour l'envoi de la facture  
(+ documents nécessaires pour prise en charge  
financière)**

**Pour les établissements publics :**

**Code service CHORUS**

**Numéro d'engagement**

**DATE ET VISA DE L ETABLISSEMENT EMPLOYEUR**

**(Obligatoire pour validation de l'inscription du stagiaire dont la formation est prise en charge par l'établissement)**