



BULLETIN D'INSCRIPTION

N°ACTIVITE : 82 01 P0918 01

Cadre réservé au CESU :

Convention HE : ___/___/___

Convention ETS : ___/___/___

FIFPL : ___/___/___

Attestation : ___/___/___

ASAP Mail le : ___/___/___

**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
service.cesu01@ch-bourg.gh01.fr

FORMATION

DATE(S)

INFORMATIONS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Titre M. Mme

Nom Nom de naissance

Prénom

Date naissance Lieu de naissance
(obligatoire) **(obligatoire)**

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 Adresse mail :

- **Pour les professionnels libéraux** : merci de joindre une attestation d'inscription à l'ordre de votre profession
- **Pour les professionnels finançant eux-même 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)