

SESSIONS DE FORMATION CONTINUE**BULLETIN D'INSCRIPTION****FORMATION**

Thème :

Dates :

Référence :

PARTICIPANT

Madame

Monsieur

NOM :

NOM D'USAGE :

Prénom :

E-mail :

Fonction exercée :

Service :

Diplômes professionnels :

Manipulateur ERM - n° ADELI (obligatoire) :

Autres (préciser) :

PRISE EN CHARGE PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

Nom de l'établissement employeur :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Statut juridique de l'établissement :

Public

Privé

N° de SIRET :

Nom du correspondant Formation Continue :

Téléphone :

E-mail :

PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE

La convention de formation sera adressée à l'adresse ci-dessous :

Adresse :

Code postal :

Ville :

DATE ET SIGNATURE DU PARTICIPANT

DATE ET SIGNATURE DU DIRECTEUR

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT