|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formulaire d’inscription**  **Nom de la formation :**  **DATE :** | | |  |
| **Madame ❒** | **Monsieur ❒** | | |
| **Nom de naissance :** | **Nom d’usage :** | | |
| **Prénom :** | | | |
| **Coordonnées personnelles (souhaitées)** | | | |
| **Adresse :** | | | |
| **Téléphone :** | **Mail :**  **J’accepte d’être contacté par mail :**  **⃣ Oui ⃣ Non** | | |
| **Coordonnées professionnelles** | | | |
| **Nom de l’employeur :**  **Adresse de l’employeur :**  **Téléphone :** | | | |
|
| **Service actuel :** | | **Fonction exercée :** | |
| **Correspondant formation continue** | | | |
| **Nom du correspondant :** | | **Qualité :** | |
| **Téléphone :** | | **Mail :** | |
| **Téléphone professionnel :** | | **Mail professionnel :** | |

|  |
| --- |
| **HANDICAP ET PMR** |
| **Les personnes en situation de handicap ou à mobilité réduite souhaitant bénéficier d’un accueil spécifique peuvent s’adresser au référent handicap de la DRHE, Monsieur Mikael CHEPTOU par courriel :** [**m.cheptou@chu-tours.fr**](mailto:m.cheptou@chu-tours.fr) **ou par téléphone : 02 47 47 97 50 ou au secteur de la formation continue au 02 47 47 36 96 ou par courriel :** [**formation\_continue@chu-tours.fr**](mailto:formation_continue@chu-tours.fr)  **Motivations, attentes et besoins particuliers**  **(*un tour de table en début de formation sera réalisé afin de prendre en compte vos attentes et besoins et adapter au mieux la formation à ces derniers. Néanmoins, votre réponse dès l’inscription nous permettra d’ajuster au mieux le niveau de la formation et/ou de vous proposer des mises en situation, études de cas et autres outils pédagogiques personnalisés à votre besoin. Toutefois, nous soulignons que le programme et les objectifs ne pourront être modifiés ou dénaturés par les besoins de chacun***)  **……………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………** |
| **FICHE DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES FORMATIONS CONTINUES**  **(A compléter obligatoirement)** |
| **Prise en charge financière par :**  **❒ Votre employeur  (Joindre l’attestation de prise en charge)**  **❒ Vous-même (Compléter l’engagement de financement personnel ci-dessous)**  **❒ Autres** |
| **ENGAGEMENT DE FINANCEMENT PERSONNEL** |
| **Je soussigné(e) Madame, Monsieur …………………………………………………………………………………………………… m’engage sur l’honneur à régler les frais de la formation ……………………………………………………………………... qui se tiendra du ………….……..……. au ………..………………. , d’un montant de ……… €, au CFDPC du CHU de Tours.**  **Fait à ………………………………………………………………, le ……………………………………………………………………………………… Signature** |
|