|  |  |
| --- | --- |
| **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** **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****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** |
|