

FORMATION CONTINUE



☐ Formation continue du CHSVB
☐ Bilan de compétence du CHSVB



Fiche d'inscription

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro **2441P001341**

A retourner complétée avant la date de clôture d'inscription à l'organisme correspondant :

Par courrier : Secrétariat - Mail Pierre Charlot - 41016 BLOIS CEDEX

Par Email : CESU 41 : cesu41@ch-blois.fr

Formation continue CH de Blois : departement.fcr41@ch-blois.fr

IFSI-IFAS : ifsi.fc@ch-blois.fr

Formation

Intitulé de la formation et/ou de l'accompagnement :

(Indiquez le nom complet de la formation et/ou de l'accompagnement auquel vous souhaitez vous inscrire)

Date(s) :

Participant

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date/Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal et ville :

Téléphone(s) :

Email :

Vos attentes / besoins / objectifs visés vis-à-vis de la formation :

Êtes-vous en situation de handicap : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous besoin d'aménagements spécifiques ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez vos besoins spécifiques (fournir un justificatif) :

Vous pouvez prendre contact avec le référent handicap : referenthandicap@ch-blois.fr • departement.fcr41@ch-blois.fr

Situation professionnelle

Salarié(e) : ☐ Oui ☐ Non Si oui, coordonnées exactes de l'employeur :

Etablissement : N° de SIRET :

Service : Fonction :

Adresse complète :

Téléphone : Fax :

Prise en charge des frais d'inscription et règlement

☐ Par le participant (à titre individuel) ☐ Par le service de formation continue (Indiquez le contact ci-dessous)

Nom du Responsable formation :

Téléphone : Email :

Montant des frais d'inscription :

Fait à :

Le : ____/____/____

Signature et cachet de l'établissement (obligatoire) :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :

Dossier complet / prérequis vérifiés :	☐ Reçu le :
Réponse :	☐ Réalisée le :
Conventionnement :	☐ Réalisé le :
Transmission finances :	☐ Réalisée le :