

Inscription directement en ligne sur www.formationsante-hcs.fr ou en complétant le bulletin d'inscription papier à retourner par mail au secrétariat du site de formation responsable de l'action (voir fiche programme).

ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

Nom : _____

Adresse : _____

Tél : _____

Mail : _____

SIRET : _____

LE STAGIAIRE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Mail : _____

Fonction : _____

Profil : ☐ salarié ☐ libéral ☐ individuel

N°RPPS : _____

N° ADELI : _____

☐ Merci de cocher cette case si le stagiaire est en situation de handicap et a besoin d'une adaptabilité – notre référente handicap vous contactera

L'ACTION DE FORMATION

Intitulé : _____

Date(s) : _____

RESPONSABLE FORMATION DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Tél : _____ Mail : _____

ATTESTATION

Nom et Prénom du directeur de l'établissement employeur : _____

ou Nom et Prénom du participant (libéral/individuel) : _____

- Reconnais avoir pris connaissance du programme et des objectifs pédagogiques de la formation sollicitée
- Reconnais avoir pris connaissance des conditions générales
- M'engage à régler la totalité des frais de formation

A : _____ Date : _____

Signature :