CENTRE DE FORMATION DES PROFESSIONS DE SANTE
N° déclaration existence : 82 38 P2339 38 – SIRET : 263 800 302 000 14 – APE : 8610Z

BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner à l'adresse mail suivante :
CHU FORMATEUR
chugformateur@chu-grenoble.fr

Devis personnalisé sur demande

Numéro de dossier :
Dates de la formation :
Intitulé de la formation :

INSCRIPTION FINANCEE PAR L'EMPLOYEUR

Numéro de SIRET (obligatoire) :

Code CHORUS (obligatoire) :

N° engagement CHORUS :

Établissement :

Adresse :

CP/Ville :

Responsable inscription :

Téléphone :

Adresse électronique :

OBJECTIFS DE LA FORMATION :

Les objectifs de la formation énoncés dans le programme correspondent-ils à votre besoin ?
❑ **OUI**
❑ **NON**

Commentaires :

SITUATION DE HANDICAP :

Avez-vous besoin d'aménagement spécifique (rythme, accessibilité, contenu etc..)?

Vous bénéficiez de 10 % à partir de la 2ème personne inscrite par formation

Noms/prénoms	Fonction	Mails	Dates de formation

Date et signature :