



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

Numéro de dossier :

Dates de la formation :

Intitulé de la formation :

INSCRIPTION FINANCEE PAR L'EMPLOYEUR :

VEUILLEZ INSCRIRE LES PERSONNES CONCERNEES

Numéro de SIRET (obligatoire) :

Code CHORUS (obligatoire) :

N° engagement CHORUS :

Etablissement :

Adresse :

CP/Ville :

Responsable inscription :

Téléphone :

Adresse électronique :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse électronique :

Date formation :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse électronique :

Date formation :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse électronique :

Date formation :

Pour vous la réalisation de la formation en intra ou en inter, merci de vous rapprocher du CHU Formateur pour un devis : chugformateur@chu-grenoble.fr

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..)?

Date et signature :