



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 suivante :*

**CHUG FORMATEUR**  
**CHU Grenoble Alpes**  
**Formation Continue**  
**Pavillon Dauphiné**  
**CS 10217 – 38043 GRENOBLE CEDEX 09**  
**Tel : 04 76 76 93 56 – 04 76 76 55 18**

Références de la formation :

Intitulé de la formation :

### INSCRIPTION FINANCEE PAR L'EMPLOYEUR :

### Veillez inscrire les personnes concernées :

Numéro de SIRET (obligatoire) :

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 :**

Quelles sont vos attentes par rapport à cette formation ?

Avez-vous besoin d'aménagement spécifique ?

Date et signature :