



BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation proposée par le CENTRE HOSPITALIER D'AUCH

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM : Prénom :

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Emploi/grade :

N°RPPS/ADELI :

Type d'exercice :

Adresse personnelle :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Mail personnel :@.....

Téléphone personnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Nom de l'employeur :

Nom du responsable ou du contact de l'inscription :

N° de téléphone du responsable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail du responsable :@.....

Adresse professionnelle :

Inscription : à titre personnelle à titre professionnelle

INFORMATIONS SUR LA FORMATION

Je m'inscris pour la formation (préciser l'intitulé) :

Date(s) de la formation choisie :

Demande de convention : oui non

Individuelle	Par un tiers (employeurs, OPCA, pôle emploi, région...)
Le stagiaire s'engage à prendre en charge financièrement cette action de formation dans les délais prévus par la convention et suite à son inscription.	L'employeur ou l'organisme de formation s'engage à prendre en charge cette action de formation. Après inscription, la convention et la facture seront adressées à l'organisme concerné.
Date :	Nom et adresse de l'organisme de financement
Signature du participant :

	Date :
	Signature et cachet de l'employeur :