



## BULLETIN D'INSCRIPTION AUX FORMATIONS

*Merci de remplir le bulletin ci-dessous et de rayer la mention inutile sur les deux derniers items*

|  |   |     |
|--|---|-----|
| <b>Nom de la Formation</b>   | <b>ETRE TUTEUR DE STAGE POUR LES ELEVES AIDES SOIGNANT OU AUXILIAIRES DE PUERICULTURE</b> |     |
| <b>Dates</b>   |   |     |
| <b>Nom du Stagiaire</b>  |   |     |
| <b>Prénom du Stagiaire</b>   |   |     |
| <b>Fonction</b>  |   |     |
| <b>RPPS/ADELI</b>  |   |     |
| <b>Mode d'exercice</b>   |   |     |
| <b>Etablissement</b>   |   |     |
| <b>Adresse</b>   |   |     |
| <b>CP</b>  |   |     |
| <b>Ville</b>   |   |     |
| <b>Nom du Chargé de formation/Signataire de la convention</b>                            |   |     |
| <b>Mail du Chargé de Formation</b>   |   |     |
| <b>Mail du Stagiaire</b>   |   |     |
| <b>Prix</b>  |   |     |
| <b>Mode de Paiement</b>  | Virement  |     |
| <b>Je souhaite rester informer des formations proposées par Formation Continue Santé</b> | Oui   | Non |