

ETRE TUTEUR DE STAGE PARAMEDICAL AIDE-SOIGNANT
(Formation à destination des aides-soignant.e.s)

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom : Prénom :

Adresse personnelle :

.....

Tél. : E.mail :

Adresse professionnelle :

.....

Fonction :

N° de SIRET de votre établissement :

- Tarif de la formation : **550€**
- Dates de session(s) souhaitée(s) :

Mode de prise en charge

- Par l'employeur - Joindre un justificatif de prise en charge par l'employeur
- Individuelle - Joindre une attestation d'autofinancement

Le coût de la formation sera à verser à la Trésorerie des Hôpitaux de Côte d'Or sur présentation d'un titre de recette

Accessibilité : demande particulière : OUI NON

Pour les personnes en situation de handicap qui souhaiteraient en faire part à l'institut de formation, nous vous invitons à prendre contact avec un référent Handicap afin d'envisager les aménagements possibles pour suivre la formation dans les meilleures conditions possibles : campusp.handicap@chu-dijon.fr

Fait à, Le

Signature :

Ce coupon est à retourner avant le 13/01/2025, par courrier à l'adresse « Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne - Formation Continue - 12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny – 21079 Dijon CEDEX » ou à, campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr