

Mesures transitoires 10 gestes IDE bloc opératoire (MT10 21H) – Session 2026

FORMATION COMPLEMENTAIRE

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom de naissance suivi du nom d'épouse (s'il y a lieu) :

Prénom :

Adresse personnelle :

CP et Ville :

Téléphone (obligatoire) :

E-mail (obligatoire) :

Fonction du stagiaire :

Service et adresse professionnelle :

Tarif de la formation : 869 euros (déjeuner non compris) non assujetti à la TVA

Dates de session(s) souhaitée(s) (cf. site internet) :

Mode de prise en charge

- ☐ Par le stagiaire : Joindre une attestation d'autofinancement (annexe 2)
- ☐ Par l'employeur : Joindre un justificatif de prise en charge par l'employeur

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

Pièces justificatives à fournir obligatoirement à l'inscription :

- ☐ Bulletin d'inscription dûment complété
- ☐ Recueil des attentes (annexe 1)
- ☐ Attestation d'autofinancement (annexe 2) ou engagement de prise en charge financière du coût de la formation par l'employeur
- ☐ Un justificatif d'identité en cours de validité (pièce d'identité, passeport)
- ☐ Copie du Diplôme d'Etat Infirmier
- ☐ Copie de l'autorisation temporaire d'exercer les actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique délivrée par le préfet de région du lieu d'exercice du demandeur (site internet DREETS), **datée de moins d'un an**

Seul **un dossier complet** transmis à l'inscription permet de confirmer votre inscription en formation
campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr

- Pour la partie de formation réalisée en distanciel, vous devez transmettre l'adresse mail sur laquelle vous sera envoyé le lien de connexion à la classe virtuelle. Un relevé de connexion à TEAMS et un appel suivi de l'émargement seront réalisés par le formateur pour attester de votre présence.
- **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 au moins 2 mois avant le début d'une session (passé ce délai, nous consulter) :

- ***Par courrier :*** ***Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne - Formation Continue***
A l'attention de Mme BREDILLET Laetitia – Assistante de formation
12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny – 21079 Dijon CEDEX
- ***ou par mail :*** [***campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr***](mailto:campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr)

Recueil des attentes du stagiaire

Établissement :

1. En tant que stagiaire, quels sont vos attentes / besoins vis à vis de cette formation ?
2. Quel points ou difficultés théoriques souhaitez-vous voir développer dans cette formation ?
3. Sur quelles thématiques souhaitez-vous approfondir vos compétences ?
4. Autres remarques ?

Signature :

Ce document sera transmis au référent pédagogique de la formation

ANNEXE 2

Attestation autofinancement par le stagiaire

Je, soussigné(e) :

Adresse :

CP et Ville :

Téléphone :

Email de contact (obligatoire pour le suivi du contrat) :

Intitulé de la formation dispensée :

M'engage à prendre en charge le coût de cette formation dont le montant est de euros.

Dates de formation :

Fait à

Le

Signature :