

**PREPARATION AU CONCOURS D'ENTREE EN INSTITUT DE
FORMATION DE CADRES DE SANTE (IFCS)**

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 :

Nom – Prénom du cadre :

E-mail du cadre :

Service et adresse professionnelle :

Nom – Prénom du représentant de l'établissement :

N° de SIRET de l'établissement :

Co voiturage prévu avec (utile pour la constitution des groupes dans la mesure du possible) :

.....

Tarif de la formation session 2026 - 2027 : 2100 euros

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 03/07/2026 (Passé cette date, contactez le secrétariat) :

- ***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***

Recueil des attentes du stagiaire

Nom, Prénom :

Profession :

Établissement :

Nom de la formation :

1. En tant que stagiaire, quels sont vos attentes / besoins vis à vis de cette formation ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2 Sur quelles thématiques souhaitez-vous approfondir vos compétences ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3 Autres remarques ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date :

Signature :

Ce document sera transmis au référent pédagogique de la formation