

FORMATION PREPARANT AUX EPREUVES DE SELECTION D'ENTREE EN I.F.S.I

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Adresse personnelle :

CP et Ville :

Téléphone (obligatoire) :

E-mail (obligatoire) :

Fonction du stagiaire :

Service et adresse professionnelle :

.....

Nom et adresse mail du Cadre de Santé de votre service (obligatoire) :

.....

Tarif de la formation : 450 euros (déjeuner non compris)

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

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 au moins un 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

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