

CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE FORMATION PROFESSIONNELLE

BULLETIN D'INSCRIPTION

IDENTIFICATION

Nom : Mme Mlle M.

Prénom.....

Adresse personnelle.....

Code postal..... Ville.....

Portable :..... Mail :.....

FORMATION

Quelle formation souhaitez-vous réaliser ? :

.....

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE DE FORMATION

Fonction exercée et description succincte de vos activités :

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

Avez-vous des attentes particulières pour cette formation ?

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

Avez-vous besoins d'aménagements particuliers ?

(pour les personnes en situation de handicap).....

.....
.....

Fait à : Le :

Signature

Bulletin d'inscription à retourner :

Par courrier

**Formation Professionnelle - Hôpital Garderose
Bâtiment 46 - 70 Rue des Réaux - 33505 LIBOURNE CEDEX**

Par mail : magali.picard@ch-libourne.fr

Informations et conditions particulières :

- A la réception de la fiche d'inscription, une convention de formation professionnelle, établie selon les textes en vigueur, vous sera adressée en double exemplaire dont un à nous retourner, signé.

A l'issue de la formation :

- Une facture du Trésor Public vous sera adressée directement, payable à réception de celle-ci.
- Un certificat de réalisation vous sera délivré.

Dans le cas où le nombre de participants inscrits serait jugé pédagogiquement insuffisant, la cellule Formation Professionnelle se réserve le droit d'annuler ou de reporter la session.

Attention, les places étant limitées nous vous conseillons de nous retourner ce formulaire d'inscription au plus vite.